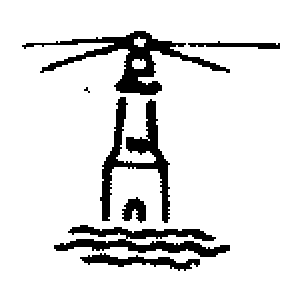
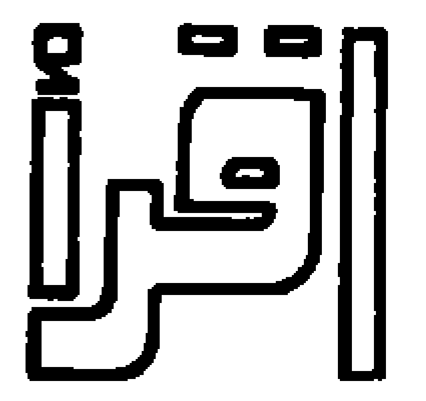
اقرأ

د. أنيس فهمي إقلاديوس

أمراض الشتاء



دار المعارف



[٥٥٤]



د. أنيس فهمي إقلاديوس

أمراض الشتاء



دار المعارف

الناشر : دار المعارف - ١١١٩ كورنيش النيل - القاهرة ج.م.ع.

مقدمة

الصحة تاج على رءوس الأصحاء لا يراه إلا المرضى. هذه حكمة حفظناها منذ أن كنا أطفالاً، ووعيناها عندما اكتملت أيام شبابنا، ولكننا لم ندرك حقيقتها وقيمتها الفعلية إلا بعد أن ولت أيام الشباب وبدأ المرض يجد فينا مرتعا سهلا لغزواته. عندئذ فقط أدركنا قيمة الصحة وأنها أعظم نعم الله على الإنسان.

والإنسان السليم الجسم يمكنه أن يعمل وينتج ويحقق آماله وطموحاته، فى حين أن الإنسان المريض لا يستطيع أن يحقق شيئاً، بل على العكس من ذلك قد يصبح عالة على أسرته وعلى المجتمع. إن الإنسان بصحته يستطيع أن يحصل على الثروة والجاه، ولكن كل كنوز الأرض قد لا تستطيع أن تعيد إلى الإنسان صحته إذا فقدها.

ولكى يحافظ الإنسان على صحته يجب أن يكون لديه إلمام بالقواعد الصحية الأساسية، وأن يكون على قدر من الوعى الصحى يدفعه إلى اتباع طرق الوقاية من المرض، وتحصين نفسه باللقاحات ضد الأمراض المعدية قبل أن يقع فريسة لها، والإسراع إلى تلمس وسائل العلاج لدى الطبيب فور إصابته بالمرض.

وبمناسبة حلول فصل الشتاء الذى تكثر فيه الأمراض رأيت أن أسهم بقدر متواضع فى تنمية الوعى الصحى لدى المواطنين بأن أضع هذا الكتاب بين أيديهم.

لقد كتبت فى هذا الكتاب عن أهم الأمراض التى تصيب الإنسان فى فصل الشتاء تحت فصول أربعة، يختص الفصل الأول منها بالحميات والأمراض المعدية، ويبحث الفصل الثانى فى أمراض الأنف والأذن والحلق، ويتعرض الفصل الثالث لأمراض الجلد، ويعالج الفصل الرابع الحساسية من البرد. وقد اهتممت بذكر أسباب هذه الأمراض وأعراضها وطرق العدوى بها والوقاية منها مع نبذة عن وسائل علاجها.

ولما كانت المادة الطبية تتميز بتعبيراتها ومصطلحاتها ولغتها الخاصة بها، فقد توخيت أن أبسط للقارئ مادة هذا الكتاب، وذلك باللجوء إلى الأسلوب السهل البعيد عن المصطلحات الطبية المعقدة بقدر الإمكان دون الإخلال بالمعلومات الطبية نفسها.

وقد استندت فى كتابة المادة العلمية لهذا الكتاب إلى أحدث المراجع الطبية بالإضافة إلى خبرتى الخاصة لمدة تزيد على أربعين عامًا فى مجال الممارسة الطبية.

وأرجو أن أكون قد وفقت فى إعطاء السادة القراء صورة واضحة متكاملة لأهم أمراض الشتاء حتى يأخذوا حذرهم منها ويتقوا شرها عملاً بالحكمة القائلة: «الوقاية خير من العلاج».

والله ولى التوفيق.

دكتور أنيس فهمى

الفصل الأول

الحميات والأمراض المعدية

١ - الجدرى

الجدرى من أشد الأمراض المعدية ضراوة وفتكا وهو يتسبب من العدوى بفيروس خاص. وتبلغ مدة الحضانة فى هذا المرض ١٢ يوماً. وينتشر هذا المرض على شكل وباء يبدأ عادة فى النصف الأول من العام (من يناير إلى يونية).

ويصيب الجدرى كل الأجناس وكل الأعمار، ولكن الأجناس التى أخذت بمبدأ التطعيم ضد الجدرى منذ أمد طويل يصاب أفرادها بالأنواع الخفيفة منه.

ونظراً لأن الأطفال يطعمون ضد الجدرى فى الشهر الثالث من عمرهم بحكم القانون، فقد قلت حالات الجدرى بينهم وأصبح هذا المرض يصيب البالغين الذين يزيد عمرهم على خمسة عشر عاماً لأنهم فقدوا المناعة التى اكتسبوها فى طفولتهم ضد هذا المرض.

وأهم أعراض الجدرى ارتفاع شديد فى درجة الحرارة وصداع وألم فى منطقة القطن (أسفل الظهر). وتستمر هذه الأعراض ثلاثة أو أربعة أيام تهبط فى نهايتها درجة الحرارة وتزول بقية الأعراض، وفى الوقت نفسه يظهر طفح على الوجه وعلى السطح الخارجى لمفصل اليدين (الرسغ) وربما الكتف، ثم ينتشر الطفح من أعلى إلى أسفل فيصل إلى الساقين بعد أربع وعشرين ساعة. ويكون الطفح أولا على شكل حليات صغيرة حمراء مرتفعة عن سطح الجلد ثم تتحول هذه الحليات بعد ثلاثة أيام إلى حويصلات تحوى سائلاً صافيًا شفافًا، ثم ينبعج مركز الحويصلات ويصبح كالسرة ويرتفع ما حوله على هيئة دائرة، وهذا هو مايسمى بالانبعاج السرى. وقد لا يقتصر ظهور الطفح على الجلد بل يصيب الأغشية المخاطية للأنف والفم والبلعوم والحنجرة كما يصيب ملتحمة العين. وبعد ثلاثة أيام أخرى أى فى اليوم التاسع للمرض تقريبًا يبتدئ التقيح فى الحويصلات فتتكون داخلها مادة صديدية ويحمر ما حولها وتسمى حينئذ بالبثرات. وفى ذلك الوقت تزداد الأعراض شدة وخاصة ارتفاع درجة الحرارة. وإذا بقى الطفح منفصلاً كان الجدرى من النوع المتفرق أما إذا سعى بعضه إلى بعض كان من النوع المختلط وهو أشد خطرًا من الأول وأكثر تشويها. وتجف البثرات عادة بعد تقيحها بثلاثة أيام أى من اليوم الثانى عشر من المرض وتترك قشورًا تنفصل فى خلال الأسبوع الثالث تاركة وراءها ندوبًا غائرة فى الجلد لا تنمحى مدى الحياة.

وكانت نسبة الوفاة بهذا المرض قبل إدخال التطعيم تصل من ٥٠ إلى ٧٠٪ ولكن بعد اتباع نظام التطعيم الإجبارى انخفضت هذه النسبة إلى حوالى ٢٠٪.

المناعة:

تترك الإصابة بالجدوى مناعة مستديمة فى أغلب الأحوال، ولكن قد يصاب الشخص مرة أخرى بالجدرى وإن كان هذا نادرًا. ويقال إن الملك لويس الرابع عشر قد توفى نتيجة لإصابته بالجدرى للمرة الثانية.

طرق العدوى:

تنتقل العدوى من المريض إلى السليم بواسطة الرذاذ الذى يخرج من فم المريض أو باستنشاق القشور عند انفصالها عن الجسم، وتنتقل القشور من مكان لآخر بواسطة الهواء أو الذباب. وقد تحدث العدوى أيضًا من ملامسة الأيدى لثياب المريض وحوائجه الملوثة بالقشور أو صديد البثور.

ويساعد الازدحام وتكدس السكان وخاصة فى الأحياء الفقيرة على انتشار المرض بصورة وبائية.

العلاج:

لا يوجد حتى الآن علاج نوعى ضد الجدرى، وكل ما يمكن عمله هو عزل المريض فى مستشفى الحميات وعمل الاحتياطات التطهيرية بالنسبة للمريض وللمخالطين.

طرق الوقاية:

خير ما يعمل للوقاية من هذا المرض هو التطعيم الإجبارى، وعزل

المريض، وتطهير ملابسه والأشياء التى لا مسها تطهيرًا جيدًا أو حرقها إذا أمكن، وتطهير غرفته وأثاثها. وجميع هذه الاحتياطات لا تثمر كتطعيم كل المخالطين للمريض ووضعهم تحت الملاحظة ثلاثة أسابيع.

التطعيم ضد الجدرى

الغرض من التطعيم هو الوقاية من الجدرى، وهو الآن إجبارى فى أغلب البلاد إذ أن الحكومات تحتم على الوالدين تطعيم أطفالهم فى مدة لا تتجاوز ثلاثة شهور بعد ولادتهم ولا تؤجل عملية التطعيم إلا إذا كان الطفل مصابًا بمرض جلدى كالأكزيما أو كانت صحته ضعيفة، أو كان يشكو من أحد الأمراض. وتستخدم فى التطعيم المادة المأخوذة من جدرى البقر، وكان أول من نادى باستخدام هذه الطريقة الدكتور إدوارد جينر فى عام ١٧٩٨ الذى لاحظ أن جدرى البقر يمكنه أن يكسب الإنسان مناعة ضد الجدرى. وتعبأ المادة البقرية اللازمة للتطعيم فى أنابيب شعرية من الزجاج مغلقة الطرفين ويمكن الحصول عليها من وزارة الصحة العمومية.

ولإجراء عملية التطعيم يؤخذ لوح نظيف من الزجاج ومبضع، ويعقمان بغليهما جيدًا فى الماء. وبعد تجفيفهما يكسر طرفا أنبوبة المادة البقرية ويصب ما فيها على لوح الزجاج. ويعمل التطعيم عادة فى الجهة الوحشية من الذراع أسفل رمانة الكتف. ويجهز الطفل قبل التطعيم بحسر عضده، وتثبيت الملابس لكيلا تمسح مادة التطعيم، ثم ينظف العضد بغسله جيدًا بالماء والصابون.

ويمكن إجراء التطعيم بإحدى طرق ثلاث: الشقوق والكحت والوخز.

الشقوق: يؤخذ المبضع ويغمس طرفه فى المادة التى على لوح الزجاج ويبضع به العضد ثلاثة شقوق طول كل منها نحو نصف سنتيمتر تقريبًا، وتبعد عن بعضها البعض بمقدار سنتيمتر. ويمكن وضع مادة التطعيم على العضد أولا ثم تعمل الشقوق. ويجب أن تكون الشقوق سطحية حتى لا يخرج منها دم غزير فيمحو مادة التطعيم.

الكحت: يكحت الجلد بسن المبضع حتى تنكشف البشرة ثم توضع مادة التطعيم عليها.

الوخز: يلوث سن المبضع بمادة التطعيم ويعمل به وخز خفيف فى الطبقة السطحية من الجلد.

ولابدّ من تطهير المبضع جيدًا بعد استعماله أيضًا بغليه فى الماء. ولا يغطى العضد بعد التطعيم مباشرة بل يجب تركه بدون غطاء حتى تجف المادة.

وإذا نجح التطعيم شوهدت بقعة حمراء فى مكان الشق أو الكحت أو الوخز بعد العملية بثلاثة أيام، وتتحول هذه البقعة إلى حويصلة تحوى مادة مصلية فى اليوم الخامس ثم تكبر ويحمر الجلد من حولها ويصبح ساخنًا ممضًا. وفى اليوم العاشر تقريبًا تنفجر فتخرج منها مادتها ويجف مركزها ويكون قشرة سوداء تسقط بعد عشرة أيام أخرى تاركة أثرًا منخسفًا.

ومما يجدر ذكره أن التطعيم قبل التعرض للعدوى هو الذى يعطى حصانة مؤكدة، أما التطعيم بعد التعرض للعدوى فلا يفيد إلا إذا عمل فى خلال ثلاثة أيام من التعرض للعدوى، أما إذا عمل بعد ذلك فإنه لا يكون مضمون الفائدة. وعلى أية حال يجب على الطبيب تطعيم المخالطين لمريض الجدرى بأسرع ما يمكن، ويجب عليه أن يفعل ذلك قبل القيام بعزل المريض.

ونحب أن نلفت النظر فى هذا المقام إلى أن التطعيم ضد الجدرى لا يعطى مناعة ضد هذا المرض إلا لبضع سنوات فقط، ولذلك كان من الواجب تكرار عملية التطعيم كل أربع أو خمس سنوات، بل وتتجه الآراء الحديثة إلى وجوب إعادة تطعيم الصغار عندما يكملون السنة الأولى من عمرهم لأنه ثبت أن أكثرهم يفقدون مناعتهم ضد المرض بسرعة. وخير نظام يمكن اتباعه هو تطعيم الطفل فى الشهر الثالث من العمر ثم فى نهاية السنة الأولى، ثم عند دخول المدرسة لأول مرة (فى سن السادسة أو السابعة)، ثم بعد ذلك كل خمس أو ست سنوات. أما المعرضون للعدوى بحكم عملهم كالأطباء والممرضات فلابدّ من إعادة تطعيمهم كل عامين.

وينصح الأطباء بأنه عند عدم نجاح إعادة التطعيم يجب أن تكرر العملية مرتين أخريين، فإذا لم ينجح، تكرر العملية بعد شهر، كل ذلك لأن المناعة ضد هذا المرض يمكن أن تزول فى أى وقت بدون سبب ظاهر.

وإذا لم ينجح التطعيم فى ذراع معينة، فليجرب فى الذراع الأخرى، إذ أن تكرار التطعيم فى ذراع واحدة قد يكون من أسباب عدم نجاحه.

ومما يجدر ذكره أن المواظبة على التطعيم ضد الجدرى فى جميع أنحاء العالم قد قضى الآن على هذا المرض تقريبا.

٢ - الجديرى أو الجدرى الكاذب أو جدرى الماء

الجديرى نوع من الأمراض المعدية ينتشر فى جميع أرجاء الأرض، ويحدث على شكل وباء فى المدارس ومعاهد الأطفال وخاصة فى النصف الأول من العام (من يناير إلى يونية). ويتسبب هذا المرض من العدوى بنوع من الفيروسات[١] يختلف عن النوع الذى يسبب مرض الجدرى. ويصيب الجديرى الأطفال من سن السنة حتى سن العاشرة، وعلى الرغم من أنه مرض من أمراض الطفولة إلا أنه يصيب البالغين أحيانا. ومدة الحضانة لهذا المرض تبلغ عادة حوالى أسبوعين، وإن كانت تنخفض فى بعض الأحوال إلى أحد عشر يوما وترتفع فى البعض الآخر إلى ثلاثة وعشرين يوما. ومدة الحضانة هذه هى المدة التى تمضى بين وقت التعرض للعدوى بميكروب المرض وبدء ظهور أعراض المرض.

ويتميز الجديرى بظهور طفح مع ارتفاع مفاجئ فى درجة الحرارة وزيادة فى سرعة النبض. أما إذا أصاب الجديرى البالغين فإن المريض يشكو قبل ظهور الطفح عليه، بصداع وألم فى السلسلة الفقرية، وغثيان أو قىء. وتستمر هذه الأعراض الأولية مدة أربع وعشرين ساعة يظهر بعدها الطفح الخاص بالمرض.

---

(١) الفيروسات أنواع من الميكروبات الدقيقة التى لا ترى بالمجهر العادى

ويظهر طفح الجديرى على شكل حليمات تتحول فى ظرف ساعات قليلة إلى أكياس صغيرة تحوى سائلا صافى اللون، وتسمى هذه الأكياس بالحويصلات. وفى ظرف أربع وعشرين ساعة أخرى تكبر هذه الحويصلات ويتكدر السائل الحويصلى بداخلها فتبدو أشبه بحبوب البازلاء المتشققة وتسمى حينئذ بالبثرات. وأخيرًا تنفجر البثرات أو تجف وتتقشر تاركة وراءها انخفاضات فى الجلد وردية اللون لا تلبث أن تتحول إلى ندبات بيضاء تختفى بدورها هى الأخرى بعد قليل من الزمن دون أن تترك أى أثر بالجلد.

ولما كان الطفح يظهر على ثلاث أو أربع أو خمس دفعات فى خلال يومين إلى أربعة أيام، ولما كان الوقت الذى يتطلبه الانتقال من مرحلة الحليمات إلى مرحلة القشور قصيرًا، فإننا نشاهد على جلد الطفل المريض مراحل متعددة من طفح المرض، فتظهر الحليمات مثلا بجوار الحويصلات إلى جانب البثرات والقشور والندوب.

وقد يحدث بعد انفجار الحويصلات أن تضاف إلى المرض عدوى ميكروب من ميكروبات التقيح، وفى هذه الحالة تظهر هالة حمراء حول دائرة من الصديد الأبيض تعلو وسطها قشرة داكنة اللون.

ومن المحتمل أن يظهر الطفح أولاً فى الأغشية المخاطية لتجويف الفم والبلعوم، ولكنه يكون طفيفًا ودقيقًا لدرجة أن الحويصلات تنفجر دون أن نتمكن من مشاهدتها. وقد يظهر الطفح فى الحنجرة أو ملتحمة العين، ولكن فى أغلب الأحوال يقتصر ظهور الطفح على الجلد فى مناطق الصدر والظهر والبطن وخاصة فى نصفها الأسفل وعلى الجزء الداخلى من الفخذين. وقد ينتقل الطفح بعد ذلك إلى الوجه وفروة الرأس. أما

الذراعان والساقان واليدان والقدمان فلا يظهر عليها الطفح إلاّ أخيراً. وقد لاحظ ريكتس Ricketts أن طفح الجديرى يكثر ظهوره عادة فى المناطق المغطاة من الجسم وخاصة فى الصدر والظهر والبطن كما أنه يظهر على الذراعين أكثر من الساعدين، وعلى الفخذين أكثر من الساقين.

وقد أصبح من المعروف الآن فى جميع أنحاء العالم أن فيروس الجديرى الذى يتميز أصلاً بأنه يميل إلى إصابة الجلد، قد يصيب الأعصاب فى بعض الأحيان محدثًا المرض المسمى (حارقة العصب المنطقية Herpes (Zoster، ولكن ليس معنى هذا أن جميع حالات حارقة العصب المنطقية سببها فيروس الجديرى.

المضاعفات:

مضاعفات الجديرى قليلة. وقد سبق أن ذكرنا حدوث الطفح فى الحنجرة مما أدى فى حالات نادرة إلى حدوث الاختناق الذى استلزم عمل فتحة فى القصبة الهوائية ووضع أنبوبة من الكاوتشوك يتنفس منها المريض.

ونسبة حدوث الوفاة من هذا المرض تبلغ أقل من واحد فى الألف، والسبب الوحيد المعروف عمليًا لحدوث الوفاة فى هذا المرض هو إصابة مناطق الطفح بالغرغرينا.. وقد ثبت أن الغرغرينا تنتج فى بعض الحالات من حدوث عدوى بميكروبات الدفتيريا الشديدة الضراوة أو بالميكروبات العنقودية أو السبحية. وفى هذه الحالات يجب الإسراع بحقن المريض بمصل الدفتيريا والمبيدات الحيوية.

المناعة ضد الجديرى:

المناعة التى تتركها الإصابة بالجديرى تكون فى العادة مناعة مستديمة، أى أن الطفل الذى يصاب مرة بهذا المرض تتولد عنده مناعة ضده مدى الحياة فلا يصاب به مرة أخرى.

طرق العدوى:

تنتقل العدوى من المريض إلى السليم بواسطة الرذاذ الخارج من فم المريض، كما تنتقل أيضًا بواسطة القشور التى يذرها الهواء فيستنشقها السليم أو يتناولها مع طعامه. وقد يصاب السليم بعدوى المرض إذا لامست يداه الطفح. وتكثر فرص العدوى بالجديرى فى المراحل الأولى للمرض، ولكن خطر العدوى يقل عند اكتمال ظهور الطفح. وقد لاحظ بعض العلماء أن الناقهين من الأمراض الحادة كالحصبة والدفتيريا والحمى القرمزية يكونون أكثر استعدادًا لمرض الجديرى من غيرهم.

العـلاج:

لا يوجد حتى الآن علاج نوعى ضد الجديرى. وتتلخص أهم وسائل العلاج الحالية فى عزل المريض فى حجرة دافئة وإعطائه الأغذية السائلة. ويمكن مسّ المناطق التى بها الطفح بمحلول مخفف من برمنجنات البوتاسيوم أو محلول حمض التانيك ١٥٪، ويعطى المريض أحد المركبات المضادة للهستامين على هيئة شراب أو أقراص لمنع الحكة التى كثيرًا ما تصاحب الطفح الجلدى. وإذا حدث تقيح فى الطفح تستعمل المبيدات الحيوية كالبنسلين وما شابهه.

طرق الوقاية:

أما الوقاية من هذا المرض وطرق مكافحته فتتلخص فى عزل المريض فى المنزل أو المستشفى، وتطهير كل ما يختص به. وتتراوح مدة العزل بين ثلاثة وأربعة أسابيع، كما يجب وضع المخالطين للمريض تحت الملاحظة لمدة ثلاثة أسابيع.

أما بالنسبة للمدارس فالإجراءات المتبعة هى أن يعزل الطالب المريض كما سبق الذكر ولا يقبل فى المدرسة إلّا بعد إحضار شهادة من الطبيب المعالج تثبت شفاءه، كما عليه أن يحضر من السلطات الصحية شهادة بأن المنزل المقيم فيه قد تم تطهيره بواسطة رجال الصحة.

الفرق بين الجدرى والجديرى

لما كان الجدرى مرضًا ضاريًا شديد الوطأة والجديرى مرضًا عاديًا بسيطًا، كان من اللازم أن نفرق بين المرضين، إذ أن الخطأ فى تشخيص إحدى حالات الجدرى واعتبارها حالة من حالات الجديرى يسبب نتائج شديدة الخطورة بالنسبة للمريض نفسه وللمحيطين به.

ويمكن تلخيص أهم الفروق بين المرضين فيما يلى:

١ - يتميز الجدرى بأن أعراضه الأولى تكون شديدة قاسية إذ يحس المريض برعشة مع ارتفاع فى درجة الحرارة وألم شديد فى منطقة القطن (أسفل الظهر) يستمر ثلاثة أيام ثم تهبط الحرارة ويظهر الطفح على الجسم وتزول آلام الظهر تمامًا.

أما الأعراض الأولية فى الجديرى فتكون دائمًا خفيفة ويندر جدًا أن

يشعر المريض بتلك الآلام القاسية فى ظهره.

٢ - يظهر الطفح فى الجدرى فى اليوم الثالث من بدء المرض، وبظهور الطفح تهبط درجة الحرارة.

أما فى الجديرى فإن الطفح يظهر فى أول يوم من أيام المرض أو فى اليوم الثانى على الأكثر، ولا تهبط درجة الحرارة مع ظهور الطفح.

٣ - يختلف الجدرى عن الجديرى فى نوع الطفح وشكله وتوزيعه على الجسم، ذلك أن طفح الجدرى يظهر أولاً على الجبهة والوجه وسرعان ما ينتشر على الجسم فيصل إلى الساقين فى ظرف أربع وعشرين ساعة من ظهوره، وهو أكثر انتشارًا فى النصف العلوى من الجسم عن النصف السفلى، وفى الوجه والأطراف عن الجذع، بعكس طفح الجديرى الذى ينتشر على الجذع ولا يصيب الوجه إلاّ لمامًا.

والطفح فى كلا المرضين يظهر على شكل حليات تتحول إلى حويصلات ثم إلى بثرات تجف وتتقشر. ويتم هذا التطور فى الطفح فى حالات الجدرى فى ظرف بضعة أيام ويتم فى جميع وحدات الطفح دفعة واحدة بحيث لا نرى فى الجدرى إلاّ حليات أو حويصلات أو بثرات فى وقت واحد. أما فى الجديرى فالأمر على عكس ذلك تمامًا إذ أننا يمكننا مشاهدة الحليات بجوار الحويصلات بجوار البثور فى المريض نفسه.

٤ - وهناك فارق آخر إذ أن الطفح فى الجدرى يظهر دفعة واحدة ويغطى الجسم ثم لا يظهر طفح جديد بعد ذلك، بينما فى الجديرى يستمر الطفح فى الظهور على عدة دفعات خلال بضعة أيام.

هذه هى أهم الفروق بين المرضين ومن السهل التفرقة بينهما إذا كان المرض مثاليًا ولكن قد تحدث إصابات وعلى الأخص فى مرض الجدرى،

من النوع الخفيف الذى يقف أمامه أعظم الأطباء حيارى، وغالبًا ما تشخص هذه الحالات على أنها جديرى ولا يعرف الطبيب خطأه إلاّ عندما يكتشف بعد بضعة أيام إصابة أحد المخالطين للمريض بنوع من الجدرى المثالى.

ولتلافى النتيجة السيئة لهذه الأخطاء لا توجد سوى وسيلة واحدة، وهى تطعيم المخالطين لمريض الجديرى ضد الجدرى. نعم إن التطعيم باللقاح الواقى من الجدرى لا يقى من الجديرى، ولكنه طريق الأمان الوحيد لهم ضد خطأ الأطباء فى التشخيص. ويؤيد ذلك أن هذا الإجراء لا يضرهم بل على العكس يكسبهم مناعة ضد الجدرى تفيدهم إذا ما وقعت الواقعة.

٣ - الحصبة

الحصبة حمى طفحية تتسبب من العدوى بفيروس خاص، وهى أكثر أنواع الحميات انتشارًا ويندر جدًا ألاّ يصاب بها الإنسان فى حياته. والأطفال الحديثو الولادة يتمتعون بمناعة طبيعية اكتسبوها من أمهاتهم ضد هذا المرض، ولكن هذه المناعة لا تكفيهم إلاّ لمدة الثلاثة شهور الأولى من عمرهم، وقد تبقى هذه المناعة كافية حتى الشهر السادس فى بعض الحالات، وبعد ذلك يصبح الأطفال معرضين للإصابة بالحصبة.

وتصيب الحصبة الأطفال فى سن مبكرة، وفى الريف تنتشر بين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين سنتين وثلاث سنوات أى فى سن ما قبل دخول المدارس، وأما فى المدن فإن الإصابات تقع بعد ذلك بسنة أو سنتين أى فى سن دخول المرحلة الأولى من التعليم.

وصغار الأطفال والأطفال الضعاف والمصابون بأمراض أخرى كالنزلات المعوية أو لين العظام أو غير ذلك من الأمراض لا يتحملون المرض كثيرًا، وقد يودى بحياتهم فى أغلب الأحيان لضعف مقاومتهم العامة. ولذلك فإنه من الخطأ أن يعرّض الآباء والأمهات أطفالهم للمرض كما يفعل الكثيرون إذ يسمحون لأطفالهم بالاختلاط بالطفل المريض، لأنه لا يمكن مطلقًا الحكم على درجة مقاومة هؤلاء الصغار للمرض إذا أصيبوا به، كما أن المرض قد يأتى هيّنًا فى طفل بينما يصيب طفلاً آخر إصابة شديدة دون أن يكون هناك ضابط لدرجة الإصابة.

وتبلغ مدة الحضانة فى هذا المرض عشرة أيام فى المتوسط وإن كانت تتراوح بين ستة أيام وأربعة عشر يومًا.

وتبدأ الأعراض بعطس وزكام وصداع وسعال جاف قد لا تعيرها الأم أهمية كبيرة فى بادئ الأمر فترسل طفلها إلى المدرسة كالمعتاد ظنًا منها أن ما به ليس سوى برد بسيط لا يستدعى بقاءه فى المنزل، فيختلط الطفل بأقرانه فى المدرسة يسعل ويعطس فى وجوههم ناقلاً إليهم العدوى فى بساطة وحسن نية.. وما يحدث فى المدرسة يحدث بين أفراد العائلة الواحدة، فمتى بدأت الحصبة فى أحد أفراد المنزل امتدت نارها إلى بقية الأطفال الذين خالطوا أخاهم فى أيام الرشح الأولى قبل ظهور الطفح. ولكن ما أن يمر يوم حتى تبدأ درجة الحرارة فى الارتفاع ويظهر احمرار بالعينين تصحبه إفرازات ودموع ولا يستطيع الطفل مواجهة الضوء. ويزداد العطس ويحتقن الغشاء المخاطى للفم وتستمر درجة الحرارة فى الارتفاع حتى تصل إلى ٣٩ أو ٤٠ درجة مئوية.

وبعد مرور أربعة أيام من بدء ظهور الأعراض يظهر الطفح الأحمر

الداكن الخاص بهذا المرض. ويظهر هذا الطفح أولاً على الجبهة، وخلف الأذنين وعلى الخدين، ثم يمتد إلى الرقبة فالصدر والبطن والأطراف، ويغمر سطح الجسم فى ظرف يومين أو ثلاثة، ويسهل وقتئذ معرفة الحصبة من هذا الطفح، واحمرار العينين، وسيلان الأنف.

ويكون الطفح بادئ الأمر على شكل بقع حمراء صغيرة مرتفعة قليلاً عن سطح الجلد ويكون ملمسها كالحبيبات ويختفى لونها عادة إذا ضغط عليها بالأصبع وسرعان ما تنضم هذه البقع وتندمج مع بعضها البعض فيبدو الطفل عندئذ وكأنه ملفوف فى غلاف أحمر ويبقى الطفح على سطح الجسم مدة ثلاثة إلى خمسة أيام يختفى بعدها تدريجيًا بنفس الترتيب الذى ظهر به أى من الوجه أولاً ثم الجذع ثم الأطراف تاركًا وراءه قشرًا خفيفًا أشبه بالردة، وتهبط الحرارة طبعًا مع اختفاء الطفح.

هذه هى الأعراض العامة للحصبة فى الحالات العادية ولكن المرض يتفاوت كثيرا فى شدته من طفل إلى آخر، فهناك حالات خفيفة لا يظهر فيها طفح أو يظهر بشكل خفيف جدا سرعان ما يختفى كما أن هناك حالات خبيثة يكون فيها الطفح نزفيا والأعراض شديدة وتسمى هذه الحالات بالحصبة السوداء.

التشخيص:

إن حدوث ارتفاع فى درجة حرارة الطفل مع التهابات بالأنف والعينين مصحوبة بعطس واحمرار العينين، وخاصة فى موسم الحصبة، يجب أن يثير الشك فى أن يكون الطفل مصابا بالحصبة لاسيما إذا كان لم يصب بها من قبل. وهناك علامة مميزة لهذا المرض تمكن الطبيب من تشخيص المرض قبل ظهور الطفح، هذه العلامة هى ظهور نقط بيضاء صغيرة جدا على

الغشاء المخاطى المبطن للخدّين مقابل الأضراس من الناحيتين وتسمى هذه النقط (بنقط كوبلك) نسبة إلى الطبيب الذى أثبت أهميتها فى التشخيص المبكر للحصبة.

موسم الحصبة ودورتها:

يحدث وباء الحصبة عادة فى النصف الأول من العام فيبدأ ظهور الحالات فى يناير وتصل إلى ذروتها فى مارس وأبريل ومايو ثم ينخفض عددها حتى يتلاشى فى يونية ويولية.

ولوباء الحصبة دورة خاصة فهو يظهر فى مصر مرة كل سنتين مصيبًا فى كل دورة آلافا مؤلفة من الأطفال قد يؤدى بحياة الكثيرين منهم إذ أن نسبة الوفاة فى هذا المرض تتراوح بين ١٠ و٣٠ فى المائة. وظهور وباء الحصبة فى أى عام من الأعوام يسبب ارتفاعا فى نسبة وفيات الأطفال فى هذا العام، ولذلك فإن الحصبة تعتبر من أخطر الأمراض الوبائية فى العالم.

طرق العدوى:

يعتبر الإنسان المصدر الوحيد للعدوى بالحصبة إذ لا توجد حيوانات قابلة للعدوى بها ولا ناقلة للمرض، كذلك لا يوجد فى الحصبة حامل للفيروس كما فى بعض الأمراض الأخرى كشلل الأطفال مثلا.

وتنتقل العدوى فى الحصبة عن طريق الرذاذ المتناثر من فم المريض وأنفه. وتعتبر الأيام الأولى من المرض أشدها خطورة فى نقل العدوى، وخاصة لأن هذه الفترة تتميز بنزلة أنفية مصحوبة بكثرة العطس والسعال. وعلى ذلك فالعدوى فى الحصبة عدوى مباشرة أى أنها تنتقل من المريض إلى السليم بواسطة الرذاذ المتناثر فى الجو دون وسيط. أما

الأدوات التى يستعملها المريض وكذلك فراشه فلها دور ثانوى جدا فى نقل العدوى لأن فيروس الحصبة يموت سريعا خارج جسم الإنسان. أما قشور الطفح فلم يثبت أنها قادرة على نقل العدوى.

المضاعفات:

لا يخفى أن للحصبة مضاعفات كثيرة قد تودى بحياة الطفل وأهمها:

١ - **الالتهاب الرئوى:** وهو يحدث فى ١٠٪ من الحالات وعواقبه وخيمة فى الأطفال الذين يقل عمرهم عن السنتين.

٢ - **النزلة الشعبية:** وهذه تشاهد أعراضها فى أغلب حالات الحصبة وهى سبب السعال الذى يعترى الطفل عند بدء ظهور الأعراض ولكنها أحيانا قد تشتد وتحتاج عندئذ إلى عناية خاصة.

٣ - **التهاب الحنجرة.**

٤ - **النزلة المعوية الحادة:** وهذه تكون مصحوبة بإسهال شديد يسبب للطفل ضعفا واضحا ويستلزم من الطبيب مجهودا كبيرا ليصل بالمريض إلى الشفاء.

٥ - **مضاعفات عصبية:** وهذه تنتج من تأثر المخ بفيروس الحصبة وتحدث فى ١٪ من الحالات وتظهر أعراضها بين اليوم الرابع والسادس من ابتداء المرض فتنتاب المريض تشنجات تعقبها غيبوبة يفيق منها الطفل بعد أيام وقد ضعفت قواه العقلية أو فقد القدرة على استعمال إحدى اليدين أو القدمين أو كليهما.

٦ - **صديد الأذن:** وهذا ينتج من امتداد التهاب الحلق إلى الأذن

المتوسطة عن طريق قناة يوستاكيوس[1].

٧ - الرمد الصديدى.

٨ - فى حالات كثيرة يصاب الطفل بالحصبة والدفتيريا فى وقت واحد فعلينا ألا نهمل فحص حلق المريض يوميا حتى لا تضيع على الطفل فرصة الشفاء السريع والنقاهة الكاملة.

ويتبين لنا مما تقدم أن الحصبة ليست بالرحلة الممتعه البسيطة كما يظن الكثيرون. إن لها عواصفها ورمالها ومنحنياتها وما خفى منها كان أروع مما يبدو للعين غير الناقدة ولذلك يجب علينا أن نخشاها كما نخشى أى حمى أخرى مزعجة فإنها مكارة لعينة تخدع بلين ملمسها بينما تتأهب لضربة قاسية إذا واتتها الظروف.

طرق المكافحة:

لما كان المريض هو المصدر الوحيد للعدوى فيجب عزله فورًا فى غرفته وفى فراشه لكى نقلل من تعرضه للمضاعفات. ويجب أن تكون الغرفة صحية يدخلها الهواء ولكن بغير إحداث تيار، كما يجب ألا يكون ضوءها قويا وألا تكون مظلمة. وقد جرت العادة فى حالات الحصبة أن تقفل نوافذ الغرفة وتغطى مصابيحها بأقمشة حمراء ويلبس الطفل ملابس حمراء اعتقادًا بأن هذا يؤثر على سير المرض - والواقع عكس هذا تماما فإن دخول الشمس والهواء إلى غرفة المريض يزيد من مقاومته للمرض، وإذا كانت عينا الطفل تتأذيان من الضوء - وهو الأصل فى سبب تغطية

---

(١) قناة يوستاكيوس هى قناة على شكل بوق يمتد من الأذن المتوسطة إلى الجزء العلوى من البلعوم حيث تشاهد فتحته خلف اللوزة مباشرة.

المصابيح بقماش أحمر - يمكن وضع نظارة سوداء على العينين أو تحويل موضع الطفل بحيث يتجه وجهه بعيدًا عن الضوء.

ويحسن أن يمتنع أخواته أو مخالطوه من الأطفال الذين لم يسبق لهم الإصابة بالحصبة، عن الذهاب إلى المدرسة أو استصحاب والديهم فى زياراتهم لمنازل بها أطفال آخرون حتى لا يكونوا سببًا فى نقل العدوى.

ويجب أيضًا ألّا يدخل على المريض أى شخص به مرض معد أو حتى زكام بسيط أو نزلة شعبية أو سعال ديكى.

طرق الوقاية:

أصبح فى مقدور الأطباء الآن تحصين الأطفال ضد الحصبة فى ظروف خاصة وبطرق مختلفة بعضها يمنع العدوى إذا أردنا، وبعضها يعدل العدوى بحيث يمرض الطفل ولكن مرضه يكون خفيفا هينا. ولكن لا يجوز أن يمنع المرض بالتحصين إلّا فى صغار الأطفال الضعفاء الذين يخشى على حياتهم من إصابتهم بالحصبة. وأما غير الضعفاء من الأطفال فيمكن إذا أراد آباؤهم تحصينهم تحصينا جزئيا يحدّ من قسوة المرض وخطورته.

وقد نبتت فكرة تحصين الأطفال ضد الحصبة عند ما لوحظ أن الإنسان لا يمرض بها إلا مرة واحدة فى العمر مهما تعرض للعدوى (إلا فى حالات نادرة)، ومعنى هذا أن الإنسان بعد إصابته بالحصبة فى صغره يكتسب مناعة ضدها، وبمعنى آخر أن دم الإنسان البالغ لابدّ أن يحتوى على أجسام مضادة لفيروس الحصبة. ولما ثبت ذلك لدى الأطباء لم يتوانوا فى استغلال هذه الظاهرة فى تحصين الأطفال ضد هذا المرض، ولذلك فقد رئى أن يحقن الأطفال بدم الوالدين حتى لا يكون الدم المحقون غريبا عليهم.

ومع تقدم الأبحاث وجد أن الأجسام المضادة موجودة فى إحدى الجزيئات البروتينية فى مصل دم الإنسان؛ ولذلك قامت المعامل بتحضير هذا الجزء المحتوى على الأجسام المضادة ليحقن به الطفل بدلا من استعمال الدم بأكمله، وأصبح موجودا فى سوق الأدوية كمستحضر خاص يسمى (جاما جلوبيولين).

ونستخلص مما تقدم أنه يمكن تحصين الأطفال ضد الحصبة إما بحقنهم بدم أحد والديهم أو بالجاما جلوبيولين، وفى كلتا الحالتين يكتسب الطفل حصانة صناعية لمدة قصيرة لا تزيد على أسبوعين.

وفى حالة تحصين الطفل بالدم يحقن الطفل بأربعين سنتيمترا مكعبا من دم والده أو والدته موزعة بالتساوى على كلتا الإليتين. أما التحصين بالجاما جلوبيولين فيكفى حقن الطفل بمقدار سنتيمترين فقط من هذا المستحضر.

ولمنع الإصابة يجب أن يتم الحقن فى الخمسة الأيام الأولى من التعرض للعدوى وإلا أصبح التحصين لتخفيف المرض لا لمنعه.

وهذه الطريقة فى التحصين تسمى التحصين السلبى. أما التحصين الإيجابى ضد الحصبة والذى يستعمل الآن على نطاق واسع فيتم بحقن الطفل تحت الجلد بجرعة واحدة من الفيروس المنخفض الضراوة وذلك بين الشهر التاسع ونهاية السنة الأولى من عمره. وهذه الطريقة تعطى الطفل حصانة متينة لبضع سنوات.

وقد انخفضت إصابات الحصبة كثيرا بعد تعميم استعمال هذا الطعم.

العلاج:

لا يوجد للأسف حتى الآن أى علاج نوعى ضد الحصبة وكل ما يحتاج إليه المريض هو العناية بتمريضه وتنظيفه. ولا نشجع إعطاء مركبات السلفا أو بنسلين أو أى نوع آخر من المبيدات الحيوية إلّا إذا حدثت مضاعفات تستلزم الالتجاء إلى هذه العقاقير. ويجب على الوالدين استشارة الطبيب وعدم الاعتماد على أن الحصبة مرض هين يمكن علاجه بالوصفات البلدية. وتنتج معظم مضار الحصبة من حدوث المضاعفات وسنوجه فيما يلى بعض النصائح المفيدة فى حالات الحصبة:

١ - يجب على المريض شرب الماء بكثرة لأن الماء يغسل أعضاء الجسم وخصوصا الكليتين وبذلك يمكن إخراج سموم المرض من الجسم وتعويض الماء الذى يفقده الجسم بسبب ارتفاع درجة الحرارة.

٢ - يجب غسل الجسم بالماء الفاتر عدة مرات فى اليوم لأن ذلك يهبط الحرارة وينبه عملية التنفس ويهدئ الأعصاب وينظف الجلد ويحميه من الالتهابات.

أما التقليد المتبع بين الأمهات بعدم لمس الجسم بالماء بتاتا فى الحصبة فتقليد خاطئ وعادة قذرة تؤدى إلى إصابة الجلد بالالتهابات.

وعند غسل جسم المريض بالماء تغلق الشبابيك والأبواب وتخلع ملابس المريض ويلف ببطانية، ثم تمسح برفق جميع أجزاء الجسم جزءا جزءا بقطع من القماش بعد أن تغمس فى الماء الفاتر وتعصر قليلا. وبعد إتمام غسل الجسم بهذه الطريقة يجفف الجلد ويلبس المريض ملابس نظيفة.

٣ - يعتقد كثير من الأمهات فى فائدة إعطاء الطفل المصاب بالحصبة عسلا أسود ظنا منهن أنه يساعد على ظهور الطفح، ولكن جميع الأطباء ينصحون بتجنب هذا الإجراء الذى قد يعرض الطفل للإصابة بإسهال شديد أو دوسنطاريا تكون وطأتها على المريض أشد من الحصبة نفسها.

٤ - أما غذاء الطفل المريض فيجب أن يكون خفيفا سهل الهضم كالحساء والخضار المسلوق أو البوريه، والأرز باللبن، واللبن الحليب، واللبن الزبادى، والبسكويت والخبز المقمر، وعصير الليمون أو البرتقال والفواكه المطبوخة. ولا يمانع بعض الأطباء فى إعطاء الطفل اللحوم المسلوقة سواء فى ذلك لحوم الماشية أو الطيور أو الأسماك كما يسمحون أيضا بالألماظية والجيلاتى. والمهم هو شهية المريض فهى الحكم فى مسألة التغذية ولا يصح مطلقا إرغام الطفل على الأكل فليأكل عندما يريد وما يريد فى حدود الأصناف التى ذكرناها وهى كثيرة ومتنوعة. وعلى الأم أن تعطى الطفل الماء وعصير الليمون أو البرتقال بكميات كافية.

٥ - يجب غسل العينين عدة مرات فى اليوم بمحلول البوريك. وهذا الإجراء مهم جدا لتلافى حدوث الرمد الصديدى وقرح القرنية التى قد تؤدى إلى العمى.

٦ - يجب غسل الأذن مرارًا بمحلول البوريك عدة مرات فى اليوم حتى يتلافى حدوث التهابات الأذن. وتستعمل فى عملية غسيل الأذن قطع من القطن المبلل بحمض البوريك ويستبعد استخدام مضخة الغسيل استبعادًا تاما.

٧ - تجب العناية بالأنف والفم لأن قذارتهما قد تؤدى إلى حدوث التهاب رئوى. ومن الوصفات السهلة لنظافة الفم دعك اللثة واللسان

بغسول يحتوى على كميات متساوية من الجليسرين وعصير الليمون، ويمكن تطهير الفم باستعمال نصف ملعقة صغيرة من محلول الأوكسجين فى نصف كوب من الماء أو بغسل الفم مرارًا بمحلول ٢٪ من بيكربونات الصودا.

ونحب فى هذا المقام أن نلفت نظر الأمهات إلى أهمية نظافة الفم إذ أن ترك الفم قذرا يعرضه للالتهابات التى فضلا عن أنها تعوق المريض عن تناول طعامه وشرابه مما يضعفه كثيرًا، فإنها قد تؤدى إلى حدوث غرغرينا ينتج عنها تآكل الصدغ.

٨ - إذا حدث إمساك فيمكن عمل حقنة شرجية بالشيح كل يومين.

٩ - وأخيرًا يجب استدعاء الطبيب فورًا إذا ما عادت الحرارة إلى الإرتفاع بعد انخفاضها أو بدا على وجه الطفل زرقة أو أصبح تنفسه سريعًا فقد تكون هذه علامات التهاب رئوى، كما يجب أيضًا ملاحظة البول وكميته واستشارة الطبيب إذا نقصت كميته.

٤ - الحصبة الألمانية أو الحمى الوردية

ينسب اكتشاف هذا المرض إلى الأطباء الألمان ولو أن ثقات المؤرخين يذكرون أن الأطباء العرب عرفوه ووصفوه وميزوه عن الحصبة العادية فى القرنين التاسع والعاشر الميلاديين. أما سبب نسبة هذا المرض إلى الألمان فيرجع إلى موجة وبائية شديدة اجتاحت برلين فى المدة من عام ١٧٨٤ إلى ١٧٨٦ وتوفى بسببها ١١٨٠ شخصًا، وقد شخصها الأطباء فى ذلك الوقت على أنها حصبة خبيثة، ولكن دل استقصاء هذا الوباء فيما بعد على

خطأ هذا التشخيص. والواقع أن تمييز هذا المرض عن الحصبة العادية لم يحدث إلا فى أوائل القرن التاسع عشر.

ويتسبب هذا المرض من فيروس خاص يختلف عن فيروس الحصبة العادية، وتبلغ مدة الحضانة فى الحصبة الألمانية ستة عشر يومًا فى المتوسط، وتكثر الإصابات بها فى الربيع، وهى نادرًا ما تصيب الأطفال الصغار ولكنها تصيب عادة الأطفال بين سن الخامسة والخامسة عشرة. وتعتبر الحصبة الألمانية أخف الحميات الطفحية عمومًا، ولا تفترق فى طرق العدوى بها عن الحصبة العادية.

الأعـراض:

يوجد اختلاف كبير بين أعراض الحصبة الألمانية والحصبة العادية، ففى الأولى لا تحدث أعراض العطش وتدميع العينين والسعال، وإذا حدثت هذه الأعراض البردية تكون فى شكل خفيف جدًا. أما طفح الحصبة الألمانية فيظهر فى اليوم الأول أو الثانى على الأكثر مبتدئاً بالوجه والرقبة ثم يمتد إلى الجذع. ويختلف طفح الحصبة الألمانية عن الحصبة العادية فى أنه يذبل سريعًا فنجده باهتًا فى الوجه والرقبة فى الوقت الذى يظهر فيه على الجذع أو الذراعين، ثم أن حبات الطفح فى هذا المرض تبقى منفصلة عن بعضها البعض مع أنها فى الحصبة العادية تنضم وتتجمع مع بعضها البعض. أما التقشر فلا يحدث فى الحصبة الألمانية.

وتوجد اختلافات أخرى نكتفى بذكر ثلاثة منها:

١ - فى الحصبة الألمانية تتضخم بعض الغدد وعلى الأخص غدد الرقبة وخلف الأذن وقد تبقى كذلك مدة بعد زوال الأعراض الأخرى. ولايحدث هذا التضخم فى الغدد فى الحصبة العادية.

٢ - فى الحصبة العادية يظهر على الشدقين من داخل الفم نقط بيضاء تسمى (نقط كوبلك) قبل ظهور الطفح على الجلد، ولا يوجد مثل ذلك فى الحصبة الألمانية.

٣ - المضاعفات كالالتهابات الرئوية نادرة الحدوث فى الحصبة الألمانية بعكس الحال فى الحصبة العادية.

وهناك ظاهرة خطيرة تتصل بهذا المرض لم يلاحظها الأطباء إلّا أخيرًا ، وهى تتعلق بما يصيب الأجنة عندما تمرض الحوامل بهذا المرض. فقد ثبت بما لا يدع مجالاً للشك أن الحامل إذا مرضت بالحصبة الألمانية فى أثناء الثلاثة الشهور الأولى من الحمل جاء وليدها مصابًا بعاهة من العاهات. •تفسر هذه الظاهرة بمرور الفيروس من الدم إلى الجنين عن طريق المشيمة. أما أكثر العاهات حدوثًا فهو الصعل (صغر حجم الرأس والمخ) والصمم المصحوب بالبكم، والكتاراكتا (المياه البيضاء فى العين)، والآفات القلبية.

العلاج والوقاية:

أما العلاج فلا يستأهل الكثير منَ العناية، فهو لا يخرج عن العلاج العادى خصوصًا وأن المضاعفات قليلة أو نادرة.

وأما الوقاية فأهم وسائلها الابتعاد عن مخالطة المرضى خصوصًا فى الأيام الأولى من المرض عندما تكثر فرص العدوى من الرذاذ المتطاير من الأنف والفم. ويجب على الحوامل أن يتبعن ذلك بكل دقة حماية لنسلهن. أما إذا أصيبت الحامل فى أوائل شهور الحمل فيشير بعض الأطباء بإنهاء الحمل حتى لا يأتى النسل عاجزًا مشوهًا.

وللوقاية يعطى الطفل فى سن التسعة شهور لقاح إم. إم. آر، وهو طعم ضد التهاب الغدة النكفية والحصبة والحصبة الألمانية.

٥ - السعال الديكى

يعتبر هذا المرض من أشد الأمراض المعدية خطورة على حياة الأطفال وخصوصًا الرضع منهم، وهو يصيب الجهاز التنفسى ويتميز عن غيره من أنواع السعال الأخرى بتكرار نوبات السعال الزفيرية المتعاقبة التى تنتهى فى أغلب الأحيان بشهيق شديد يحدث صوتًا عاليًا مثل صياح الديك.

ويتسبب السعال الديكى من العدوى بميكروب خاص يسمى (باسيل السعال الديكى) ينتشر فى الجو من رذاذ الطفل المريض عندما يسعل أو يعطس، كما أنه يوجد بكثرة فى لعاب الطفل وفى المخاط الذى يخرج من الصدر عقب السعال وخاصة فى الأسبوع الأول من المرض وهى المدة التى لا يكون المرض فيها قد عرف بعد، ويكون فيها الاحتياط منه معدومًا.

وينتشر هذا المرض فى الشتاء والربيع ، وهو يصيب الأطفال الصغار حتى سن السابعة، ويختلف هذا المرض عن الأمراض المعدية الأخرى فى أنه يصيب الرضع الذين تقل أعمارهم عن ستة شهور، ولكنه نادرًا ما يصيب البالغين. أما الشيوخ فقد يصابون بهذا المرض الذى يؤلف خطرًا على حياتهم بسبب المضاعفات الرئوية التى قد تنتج عنه.

والبنات من الأطفال يتعرضن للإصابة بالسعال الديكى أكثر من

الذكور كما أن نسبة الوفيات بينهن بسبب هذا المرض اكبر من نسبة وفيات الأطفال الذكور به.

المناعـة:

كل من يصاب بهذا المرض مرة يكتسب مناعة دائمة ضده أى أنه لا يصاب به مرة أخرى.

طرق العـدوى:

تحدث العدوى إما مباشرة بواسطة الرذاذ الذى يخرج من فم المريض وأنفه عند السعال أو العطس أو مع هواء الزفير، وإما باستعمال أدوات المريض وحاجاته الملوثة بلعابه أو مخاطه مثل المناديل أو اللعب أو الملاعق أو الأقلام، كما يلعب التقبيل دورًا هامًا فى نشر المرض بين أفراد العائلة الواحدة. وقد سبق أن ذكرنا أن عدوى المريض للسليم تكون أكثر حدوثًا فى الأسبوع الأول من المرض.

ومن العوامل الهامة التى تساعد على انتشار السعال الديكى ازدحام السكان وخاصة فى الأحياء الفقيرة واختلاط الأطفال بعضهم بالبعض فى المدارس.

دورة السعال الديكى:

يحدث السعال الديكى بشكل وبائى فى النصف الأول من العام، وهو يشبه الحصبة فى أن له دورة خاصة به فهو يظهر عادة بشكل وبائى مرة كل عامين فى المناطق ذات المناخ المعتدل وخاصة فى البلاد التى يشتد فيها البرد والرطوبة فى الشتاء وتكثر فيها الرياح فى فصل الربيع.

الأعـراض:

تظهر أعراض السعال الديكى بعد التعرض للعدوى بفترة من الزمن تتراوح بين أسبوع وثلاثة أسابيع، وتبلغ فى المتوسط أسبوعين وهذه هى مدة الحضانة.

وتنقسم أعراض هذا المرض إلى ثلاثة أدوار: الدور الزكامى ودور النوبات ودور النقاهة:

١ - **الدور الزكامى**: يستمر هذا الدور أسبوعًا أو أسبوعين، وأعراضه تشبه أعراض الزكام إذ يصاب الطفل بحمى بسيطة مع زكام وسعال عادى جاف كسعال النزلات الشعبية البسيطة، ويحدث السعال فى أى وقت بالنهار أو الليل.

٢ - **دور النوبات**: تبدأ النوبات بعد انتهاء الدور الزكامى، وتستمر مدة تتراوح بين أسبوعين وستة أسابيع، وتبدأ النوبة بحركة شهيق تشنجية تتلوها حركات زفير متوالية تشنجية أيضًا يتراوح فيها عدد مرات السعال بين ٨ و ٢٠ مرة لا يستطيع المصاب أن يتنفس فى أثنائها فيحتقن الوجه وينتفخ العنق وتبرز العينان من محجريهما وتغرورقان بالدموع وتزرق الشفتان ويتفصد الجسم عرقًا ويبدو الطفل وكأنه يختنق. ثم يدخل الهواء بعد ذلك إلى الرئتين بحركة شهيق مستطيلة غائرة رنانة قريبة الشبه بصوت الديك، وبذلك تنتهى النوبة، وقد تعقبها نوبة ثانية وثالثة وهكذا. وتمكث النوبة عادة ما بين دقيقتين وثلاث دقائق، وتبلغ عدد نوبات السعال ما بين ١٥ و٦٠ نوبة فى اليوم يحدث أغلبها أثناء الليل.

وقد يصاب الطفل بالإغماء فى النوبات السعالية القاسية أو يعتريه

التشنج العصبى، أو يفقد سلطانه على بوله أو برازه. وأكثر الأشياء حدوثاً هو قذف ما فى المعدة من الطعام والغازات عن طريق القيء الذى يحتوى أيضاً على مادة مخاطية لزجة قد تكون ملوثة بالدم.

ويثير النوبات السعالية أى اضطراب يهيج شعور الطفل وخاصة إذا بكى أو استلقى على ظهره، كما أن أى مجهود يبذله الطفل كالقفز أو اللعب أو الجرى يعرضه لحدوث هذه النوبات. ويشعر الطفل عادة بهذه النوبات قبل حدوثها فتظهر عليه علامات الرعب والفزع الشديد.

ومن الخطأ أن نعتقد بضرورة الصوت الديكى فى هذا المرض، فقد لا يسمع فى الكثير من الحالات. أما العلامة المميزة فهى حركات الزفير التشنجية التى تعوق دخول الهواء إلى رئتى المريض والتى تتوالى حتى يكاد يخرج معها كل الهواء الذى تحتويه الرئتان، ثم تعقبها حركة شهيق مستطيلة، قد يصحبها الصوت الديكى. فالطفل الذى تعتريه هذه النوبات، ولا سيما إذا أعقبها القيء يكون مصاباً بالسعال الديكى ولو لم يسمع الصوت الديكى مطلقاً.

٣ - **دور النقاهة:** وهو يعقب دور النوبات وفيه تقل نوبات السعال وتطول الفترات بينها حتى تختفى. ويعرف التحسن بخفة الأعراض وقلة النوبات وزوال الصوت الديكى ويكون الانتهاء بالشفاء غالباً إلاّ إذا طرأت مضاعفات مهلكة.

المضاعفات:

١ - قد يحدث للطفل من شدة السعال زيادة فى الضغط فى أوعية المخ تؤدى إلى حدوث نزيف فى المخ يتسبب عنه شلل نصفى. وقد يحدث نفس الشيء فى العين أو الأنف أو الأذن فيُحدث نزيف تحت ملتحمة العين

أو من الأنف، وقد يتمزق غشاء الطبلة ويسيل الدم من الأذن، كما قد يحدث النزيف تحت الجلد.

٢ - كثيرا ما يتضاعف السعال الديكى بالتهاب رئوى أو التهاب رئوى شعبى ينتهى إما بموت الطفل أو بإصابته بنزلة شعبية مزمنة.

٣ - كثيرا ما يتسبب السعال الديكى فى إثارة بؤرة كامنة للسل فى صدر المريض، وتكون النتيجة ظهور أعراض السل عليه.

٤ - نظرا لزيادة الضغط داخل البطن أثناء حدوث النوبات، قد يصاب المريض بالفتق السرى أو سقوط المستقيم.

العلاج:

فى أغلب الحالات لا يعرف المرض فى دوره الأول، أى قبل ظهور النوبات، اللهم إلا إذا كان المرض منتشرا بين الأطفال، ولذلك فإن الحالة غالبا ما تعالج فى بادئ الأمر على أنها أنفلونزا أو نزلة شعبية.

ولا يوجد حتى الآن عقار يمكن أن يقال عنه إنه نوعى ضد هذا المرض، وكل هدف الطبيب فى العلاج هو مساعدة المريض على التخلص من البلغم ومنع النوبات أو الإقلال منها ومن حدتها، والأدوية المستعملة لهذا الغرض كثيرة منها البلادونا والبرومو فورم واللومينال وغيرها من المسكنات.

وقد جربت فى هذا المرض مبيدات الميكروبات مثل الاستربتومايسين والكلورومايستين والتراميسين وغيرها وقد أفادت فى حالات كثيرة. هذا وتدل التقارير الواردة من الخارج على نجاح عقار الأوروسبورين (وهو

أيضا من فصيلة مبيدات الميكروبات) فى القضاء على النوبات وتحسين الحالة فى ظرف يومين.

ومن أهم الواجبات التى على الوالدين أن يتبعاها عند اصابة أحد أولادهما بالسعال الديكى:

١ - عزل المريض عن إخوته وعن الأطفال الآخرين حتى لا يصابوا بالمرض.

٢ - يجب أن يكون غذاء الطفل بسيطا مغذيا سهل الهضم، ويعطى بكميات قليلة على دفعات كثيرة حتى لا تمتلئ المعدة بالطعام فيحدث القيء عند السعال، كما يحسن إعطاء الطعام عقب النوبة مباشرة.

٣ - يجب أن يوضع الطفل فى السرير فى الأيام الأولى من المرض وعند ازدياد النوبات.

٤ - يعرض الطفل للهواء الطلق والشمس خارج المنزل كلما سمح الطقس بذلك. ويحسن بنا أن ننبه الآباء والأمهات إلى أنه لا فائدة بالمرة من إرسال الأطفال إلى وابور النور لاستنشاق رائحة الغاز هناك إذ أن رائحة الغاز تسبب ضررا محققا لصحة الأطفال، أما الارتفاع بالطفل المريض إلى مسافات عالية بواسطة الطائرة فيفيد فى بعض الحالات.

٥ - يجب منع الطفل المريض من الذهاب إلى المدرسة حتى يتم شفاؤه نهائيا كما يجب منع إخوته من الذهاب إلى المدرسة ووضعهم تحت الملاحظة لمدة ثلاثة أسابيع.

الوقاية:

يرى العلماء الأمريكان ضرورة التطعيم ضد السعال الديكى باللقاح الواقى، كما يوصون أيضا بالجمع بين لقاحات السعال الديكى والدفتيريا

والتيتانوس فى التحصين، لأنهم وجدوا فى هذا الجمع فائدة حصانية كبرى.

ويسمى هذا الطعم بالطعم الثلاثى. ويعطى للطفل حقنة فى سن الشهرين ثم فى سن الأربعة شهور والستة شهور. وبعد ذلك يعطى الطفل حقنة رابعة من هذا اللقاح عندما يبلغ العامين من عمره وحقنة خامسة عندما يبلغ السنة الرابعة.

٦ - النكاف الوبائى أو الالتهاب النكفى

النكاف مرض حاد معْد يتميز بحدوث ورم وألم فى غدة أو أكثر من الغدد اللعابية، مع ارتفاع فى درجة الحرارة وتوعك عام. ويطلق على هذا المرض اسم (أبو كعيب) أو (أبو اللكيم).

ويتسبب هذا المرض من فيروس خاص يوجد بكثرة فى لعاب المرضى وإفرازاتهم الأنفية.

والغدد اللعابية عددها ست: ثلاث على كل جانب من جانبى الوجه، وقد سمىَ المرض بالنكاف لأن الغدة التى تتورم فى أكثر الأحيان هى الغدة النكفية وهى إحدى الغدد اللعابية. وهذه الغدة غير منتظمة الشكل، موجوّدة أمام صيوان الأذن وممتدة إلى أسفل حتى تصل إلى زاوية الفك، ولها قناة يجرى فيها اللعاب وتفتح فى الفم.

والنكاف من الأمراض التى لا ينقطع حدوثها طول السنة فى المدن، ولكنه يتخذ فى بعض الأحيان شكلا وبائيا خصوصا فى فصل الشتاء والربيع. ويصيب هذا المرض الأطفال ما بين سن الخامسة والخامسة عشرة الذكور منهم والإناث على حد السواء، كما يصيب البالغين أيضا ما بين سن الثامنة عشرة والخامسة والعشرين (أى فى سن التجنيد) ولهذا

السبب تكثر أوبئة هذا المرض فى مدارس رياض الأطفال والمدارس الابتدائية ومعسكرات المجندين.

المناعة:

يترك هذا المرض مناعة دائمة لدى المريض فلا يصاب به مرة أخرى بعد شفائه.

طرق العدوى:

لما كان فيروس هذا المرض يوجد بكثرة فى إفرازات الأنف ولعاب المرضى لذلك تنتقل عدواه بواسطة الرذاذ الذى يتطاير فى الهواء من الأنف والفم. ويمكن للميكروب أن ينتقل من المريض إلى السليم عن طريق حاجات المريض الملوثة به.

وازدحام الطلبة فى المدارس والمجندين فى المعسكرات يساعد كثيرا على انتشار هذا المرض بين هاتين الفئتين.

الأعراض:

تبلغ مدة الحضانة فى هذا المرض أسبوعين فى المتوسط تبدأ بعدها الأعراض فى الظهور فيشعر المريض بارتفاع بسيط فى درجة حرارته وقشعريرة خفيفة مع توعك عام وألم فى جانب الوجه أمام الأذن يزداد عند المضغ، وفى الحلق عند البلع. وبعد مضى حوالى أربع وعشرين ساعة من الشعور بهذه الأعراض يظهر ورم خلف الفك أسفل الأذن ويمتد هذا الورم إلى جانب الوجه تدريجيا حتى يشمل نصف الوجه تقريبا.

وفى معظم الأحيان لا تقتصر الإصابة على ناحية واحدة، فبعد مضى ثلاثة أيام تقريبا من ابتدائها فى الصدغ الأول يبدأ الورم فى الظهور فى

الصدغ الثانى نتيجة لإصابة الغدة النكفية الأخرى. وقد تشمل الإصابة أيضا بعض الغدد اللعابية الأخرى. ويستمر الألم والمضاضة ويزدادان بحركات المضغ والبلع والكلام. أما الورم فيكون صلبا والجلد الذى يعلوه أحمر متوترًا. وترتفع الحرارة غالبا إلى ٣٩ أو ٤٠ درجة مئوية. ومن المعتاد أن يشفى المريض سريعا فلا يمكث المرض أطول من أسبوع أو أسبوعين على الأكثر. ويحدث أحيانا أن يتقيّح الورم فتتكون فيه مادة صديدية، ولكن هذا التقيح لا ينتج إلا من إهمال الاحتياطات الاعتيادية.

ومتى أصيب الطفل بالمرض فإنه يظل مصدرا للعدوى حتى يختفى الورم تماما، ولذا يتحتم عزل المريض عمن حوله لمدة ثلاثة أسابيع على الأقل من ابتداء المرَض.

المضاعفات:

ليس من المعتاد حدوث أى مضاعفات للمرضى الذين هم دون سن البلوغ بينما يكثر حدوثها لمن يصاب بالمرض بعد تلك السن. وهى تحدث غالبا بعد مضى الخمسة الأيام الأولى من ظهور المرض وأهمها ما يأتى:

١ - التهاب الخصية: وهو أكثر المضاعفات حدوثا إذ أنه يصيب نحوا من ٢٥٪ من المرضى الذكور البالغين. ويحدث التهاب الخصية عادة فى اليوم السابع من ابتداء المرض وعندئذ ترتفع الحرارة ارتفاعا مفاجئا مصحوبا بقىء وتسوء حالة المريض، ويعقب ذلك الشعور بألم فى إحدى الخصيتين ثم تتورم الخصية بعد ذلك. ويستمر هذا الالتهاب مدة أسبوع تقريبا ثم يبدأ فى التحسن فيهبط حجم الخصية تدريجيا حتى يصل إلى أقل من حجمها الطبيعى نتيجة لحدوث ضمور بها. وهذا الضمور لا يؤدى إلى فقدان الخصية لوظيفتها كلها بل إلى نقص جزئى فى هذه الوظيفة يختلف

تأثيره على قدرة الرجل الجنسية والتناسلية باختلاف درجة ضمور الخصية، فإذا كان الضمور جزئيا أو شمل خصية واحدة لا تتأثر قدرة الرجل، أما إذا شمل الضمور الخصيتين فالغالب أن يصاب الرجل بالعقم الدائم.

وفى حالة التهاب الخصية يجب على المريض ملازمة الفراش، وتوضع الخصيتان فى كيس رافع ويكمد عليهما بالثلج حتى يخف الورم ويهبط.

٢ - التهاب المبيضين: وهذا بالطبع يحدث فى الإناث ولكن يندر أن تصاب الأنثى بالعقم نتيجة لذلك، لأن المبيض، بعكس الخصية، غير محاط بغشاء، ولذلك يمكنه فى حالات الالتهاب أن يتمدد بدرجة كافية للإبقاء على خلاياه المخصبة فلا يحدث بها ضمور.

٣ - التهاب البنكرياس.

٤ - الالتهاب السحائى المخى: وفيه ترتفع درجة الحرارة إلى أربعين أو أكثر، ويتميز بوجود صداع شديد بالإضافة إلى الأعراض الأخرى للمرض. وفى هذه الحالة يجب بزل سائل النخاع الشوكي وفحصه كيميائيا وميكروسكوبيا للتأكد من التشخيص وللتقليل من حدة الأعراض العصبية. ومن حسن الحظ أن هذا النوع من الالتهاب نادر الحدوث بعد النكاف.

العلاج:

لا يوجد علاج خاص لهذا المرض. ويجب على المريض التزام الراحة التامة فى الفراش مع الاعتناء بنظافة الفم والأسنان والاقتصار على الغذاء السائل الخفيف وقت ارتفاع درجة الحرارة ويستحسن وضع رباط حول

الفك والوجه. ونظافة الفم هامة جدا لمنع تسرب ميكروبات التقيح إلى الغدة النكفية عن طريق قناتها إذ أن أكثر حالات التقيح التى تحدث بها ترجع إلى إهمال هذا الاحتياط.

ولما لاحظ بعض الباحثين أن التهاب الخصية يقتصر حدوثه على الذكور البالغين فقط، فكروا فى استخدام عقار يدعى «داى ايثايل ستيلبو ستيرول» وهو هرمون المبيض بقصد الحد من نشاط الخصيتين أثناء مرض النكاف. وقد أتى بنتائج حسنة فى منع حدوث التهاب الخصية. وقياسا على ذلك لا يستبعد أن يوفق العلماء إلى إعطاء الإناث خلاصة الخصية لمنع حدوث التهاب المبيضين فى مرض النكاف.

الوقاية:

للوقاية بصفة عامة من هذا المرض يجب الحرص على التطعيم بلقاح إم. إم. آر. وهو عبارة عن طعم ضد التهاب الغدة النكفية والحصبة بنوعيها ويعطى للطفل فى سن التسعة شهور.

٧ - الحمى القرمزية

يتسبب هذا المرض من العدوى بميكروب خاص يسمى «المكور السبحى»، وسمى مكورا لأن شكله مستدير كالكرة، وسمى سبحيا لأنه يظهر تحت المجهر فى شكل حبات السبحة. والحمى القرمزية تصيب عادة الأطفال بين سن الثانية والخامسة من عمرهم، أما الأطفال الرضع فغالبا ما تكون عندهم مناعة ضد هذا المرض. ويمكن للبالغين أن يصابوا بهذه الحمى ولكن نسبة الإصابة بينهم أقل منها فى الأطفال.

وتكثر العدوى بالحمى القرمزية فى فصل الشتاء والربيع، أما فى

إنجلترا وفى بعض المالك الأخرى فتتخذ فصل الخريف موسما لانتشارها.

وفى المناطق المعتدلة توجد الحمى القرمزية بشكل متوطن وإن كانت تنتشر أحيانا بشكل وبائى، أما فى المناطق الاستوائية فهى نادرة الوجود. وفى مصر تقل الإصابة بها بين المصريين وتكثر بين الأجانب.

المناعة:

يكتسب الشخص الذى يمرض بالحمى القرمزية مناعة دائمة ضدها مدى الحياة.

طرق العدوى:

المصدر الوحيد للعدوى بالحمى القرمزية هو الإنسان سواء كان مريضا أو حاملا للمكورات فى حلقه أو أنفه. وتحدث العدوى إما بطريق مباشر من المريض إلى السليم عن طريق الرذاذ المتناثر من الأنف أو الحلق أو بطريق غير مباشر بواسطة المناديل أو الأشياء التى لوثها المريض.

ويجدر بنا فى هذا المقام أن ننبه المرضى وغيرهم إلى الضرر الناشئ من تغطية الفم والأنف باليد عند العطس أو السعال فإن ذلك يلوثها ويجعلها تنقل العدوى إلى الآخرين عند المصافحة أو عند تبادل أدوات أمسك بها المريض.

ومن وسطاء نقل العدوى اللبن، فإذا كان الحلاب أو بائع اللبن حاملا للميكروب فى حلقه وحدث أن عطس أو سعل ثم تناثر الرذاذ فى اللبن، فإن من المؤكد أن يعدى اللبن شاربه ما لم يتم غليه غليا تاما يقضى على الميكروبات التى فيه.

ولهذه الأسباب يجب عدم شرب اللبن إلّا بعد غليه، وعدم العطس أو السعال دون تغطية الفم والأنف بمنديل، وعدم استعمال أدوات المريض وحاجاته، وعدم الاختلاط به بوجه عام.

الأعـراض:

تبلغ مدة الحضانة فى الحمى القرمزية ثلاثة أيام فى المتوسط. وتبدأ الأعراض عادة بشكل فجائى فيرتعش المريض وترتفع درجة حرارته دون سابق إنذار وقد تصل إلى ٣٩ أو ٤٠ درجة مئوية، مع احتقان شديد فى الحلق وصداع وقىء. ويحس المريض بجفاف شديد فى حلقه وبأن الغشاء المخاطى المبطن للفم والحلق «ملسوع بالنار» لشدة جفافه. ويشكو المريض من صعوبة وألم أثناء البلع، وقد تلتهب اللوزتان وتتضخمان فى بعض الحالات ويتغطى اللسان بطبقة سميكة بيضاء، ويكون النبض سريعا، وتتضخم الغدد اللمفاوية فى الرقبة وتصير مؤلمة.

وفى نهاية اليوم الثانى يظهر الطفح الذى يتميز ببقع صغيرة حمراء دكناء منتشرة على الجلد الذى يكتسى بلون أحمر زاه يجعل المريض، إن كان الطفح واضحا، قريب الشبه بالجمبرى المسلوق. ويظهر الطفح أولا على الرقبة ثم يمتد إلى الجذع والأطراف ولكنه نادرا ما يصيب الوجه الذى يظهر الاحتقان فيه على الجبهة والخدين بينما يظهر شحوب فى الجلد حول منطقة الفم.

وفى الحالات العادية ترتفع درجة الحرارة فى الأيام الثلاثة الأولى ويشتد ارتفاعها فى اليوم الثالث أو الرابع ثم تأخذ فى الهبوط تدريجيا فلا ينتهى الأسبوع إلّا وقد رجعت الحرارة إلى المعدل الطبيعى، ثم تبدأ بعد ذلك فترة النقاهة إذا لم يحدث طارئ.

وتتحسن حالة اللسان فى اليوم الثالث وتسقط الطبقة البيضاء السميكة فى اليوم الرابع وعندئذ يبدو اللسان نظيفا ولكنه يكون أحمر محتقنا ذى حليمات متضخمة، ويشبه فى شكله ثمرة الشليك أو التوت الأفرنجى.

ويبتدئ تقشر الطفح فى اليوم الرابع أو الخامس فى الرقبة والجزء العلوى من الصدر، وتكون القشور عريضة وتنفصل من اليدين والقدمين على هيئة شرائح عريضة أو تسقط البشرة كلها بهيئة القفاز.

ومما يجدر ذكره أن طفح الحمى القرمزية لا يظهر بوضوح فى أصحاب البشرة السمراء.

المضاعفات:

هناك مضاعفات كثيرة للحمى القرمزية نذكر أهمها فيما يلى:

١ - **الإصابات المفصلية:** يشكو المريض غالبا فى نهاية الأسبوع الأول من تيبس فى الرسغين أو ألم فى المفاصل الأخرى ولاسيما فى الكتفين والركبتين. وقد يحدث التهاب تقيحى فى مفصل أو أكثر عقب الأنواع الشديدة من الحمى القرمزية.

٢ - **الالتهاب الكلوى:** وهو من المضاعفات الخطيرة وإن لم يكن أكثرها حدوثا. وفى بعض الحالات تظهر جميع أعراض الالتهاب الكلوى الحاد مثل انخفاض كمية البول وتغير لونه، وانتفاخ الوجه والقيء وفى البعض الآخر لا تظهر أى علامة سوى وجود الزلال فى البول. وقد ينتهى الالتهاب الكلوى الحاد بالموت، أو يتحول إلى النوع المزمن، وقد يزول الالتهاب ويشفى المريض.

٣ - التهاب الأذن المتوسطة: ويظهر هذا الالتهاب على شكل صديد يسيل من الأذن مع ألم وارتفاع فى درجة الحرارة. وينتج هذا الالتهاب من امتداد الميكروبات من الحلق إلى الأذن عن طريق بوق يوستاكيوس.

٤ - التهاب عضلة القلب أو التهاب التامور: (وهو الغشاء الذى يغلف القلب من الخارج) وهذا يؤدى إلى نتائج خطيرة على صحة المريض.

٥ - قد تهيئ الحمى القرمزية المريض لإصابته بالدفتريا أو الالتهاب الرئوى الشعبى.

العلاج والوقاية:

يرتكز علاج الحمى القرمزية فى الوقت الحاضر على البنسلين أو التراميسين، أما مركبات السلفا ففائدتها قليلة فى هذا المرض. ومع العلاج بالمبيدات الحيوية تختفى المكورات من حلق المريض فى ظرف ثلاثة أيام. وفى حالة حدوث مضاعفات يجب الاستمرار فى العلاج حتى تزول.

ويجب عزل المريض فى غرفة خاصة لا يدخلها سوى الممرضة أو القائم على خدمته من أهله. ويجب على أيهما ألا يقترب من المريض إلاّ وعلى وجهه قناع من جملة طيات من قماش يغطى الفم والأنف. ولابدّ من لبس فوطة أو مريلة أو جلباب عند التواجد فى غرفة المريض، وخلعها قبل الخروج. ويجب تطهير الأيدى جيدا بمطهر يوضع فى طبق داخل غرفة المريض.

ويجب أن تخصص للمريض أوان لأكله وشربه تعقم بالغلى دائما بعد

استعمالها. وأما الملاءات والأغطية التى يستعملها المريض فلا يجوز غسلها مع باقى فرش المنزل بأى حال.

ويجب أن تكون غرفة المريض حسنة التهوية تدخلها الشمس، ولا يجوز تنظيفها بالمكنسة حتى لا يتصاعد الغبار فى جوها، بل تغسل الأرضية بممسحة مبللة بمطهر مثل الفنيك الأسود.

ويجب على المريض أن يلزم سريره مع الراحة التامة أسبوعين أو ثلاثة على الأقل ليدرأ عنه المضاعفات. وعلى الطبيب المعالج ملاحظة قلب المريض وكليتيه للتأكد من أن سموم المكورات لم تصل إليهما.

وبعد شفاء المريض يجب تطهير غرفته وحرق جميع الكتب واللعب والأدوات التى تداولها أثناء مرضه.

٨ - الدفتيريا

تعتبر الدفتيريا من أخطر أمراض الطفولة، وهى تتسبب من العدوى بميكروب عصوى يسمى «باسيل كلبس لوفلر» نسبة إلى العالمين كلبس ولوفلر اللذين اكتشفاها. والدفتيريا مرض ينتشر فى جميع أنحاء العالم، ويحدث على هيئة وباء بين الأطفال فى المدارس والمعاهد. وتبدأ حالات الدفتيريا فى الظهور عادة فى شهر سبتمبر وتصل إلى ذروتها فى أكتوبر ونوفمبر وديسمبر ثم تبدأ فى الهبوط تدريجيا حتى تختفى تقريبا فى شهر مايو. وأفضل الأجواء لانتشارها الأجواء المعتدلة والباردة.

وتصيب الدفتيريا عادة الأطفال بين الثانية والخامسة من عمرهم، والغالب أن يرث الطفل بعض المناعة من أمه ولذا تقل الإصابات فى

الستة أشهر الأولى من العمر حتى إذا بلغ الطفل نهاية السنة الأولى كانت قابليته للعدوى بالمرض حوالى ٩٠٪.

المنـاعة:

المفروض أن إصابة الطفل بالدفتيريا تعطيه مناعة دائمة ضدها، ولكننا في الواقع نشاهد حالات كثيرة أصيبت بالدفتيريا مثنى وثلاث ورباع.

الأعـراض:

أكثر حالات الدفتيريا تصيب الحلق، ومع ذلك فإن ميكروب الدفتيريا قادر على إصابة الأنف (دفتيريا أنفية)، أو العين، أو الأذن، أو الشفرين الكبيرين فى الإناث، أو الشرج، أو السرة، أو الجلد، أو الجروح، كما قد يصيب الحنجرة محدثا بها ما يسمى دفتيريا الحنجرة أو الخناق، ومنها ينتقل إلى القصبة الهوائية.

ويوجد الميكروب فى الإفرازات التى تخرج من أى جزء من الجسم يكون مصابا بالدفتيريا. وأكثر الأعضاء إصابة بالدفتيريا: الحلق والأنف والحنجرة والعين. وتبلغ مدة الحضانة فى هذا المرض أربعة أيام فى المتوسط.

دفتيريا الحلق:

تظهر الأعراض عادة بشكل تدريجى، فيتوعك الطفل ويحس بأنه متعب، ويقل ميله للعب ويبدو على وجهه الشحوب، وترتفع درجة حرارته إرتفاعا بسيطا ولكن نبضه يكون سريعا، وقد يتقيأ الطفل ويحس بألم فى البلع. وإذا نظرنا إلى الحلق وجدنا إحدى اللوزتين أو كلتيهما حمراء منتفخة، ورأينا اللسان تكسوه طبقة من الوسخ بينما تتضخم الغدد

اللمفاوية التى فى زاويتى الفك وتكون مؤلمة عند اللمس.

وفى اليوم الثانى تتكون بقع بيضاء رمادية على إحدى اللوزتين أو كلتيهما، وتمتد هذه البقع تدريجيا حتى يلتحم بعضها ببعض ويتكون منها غشاء محدد الحافة تحيط به هالة من الاحتقان. ويكون الغشاء ملتصقا بالأنسجة التى تحته، وإذا فصل منها يترك سطحا ينزف منه الدم.

وإذا كانت وطأة المرض خفيفة أو إذا أسعف المريض بالعلاج لا يأخذ الغشاء فى الامتداد ولكن فى الحالات الشديدة أو التى أهمل علاجها، يمتد إلى اللهاة والحنك وقد ينتشر إلى البلعوم، وحينئذ يغمق لونه.

وفى الحالات الخبيثة من الدفتيريا يشاهد انتفاخ شديد فى اللوزتين واللهاة ويتغطى الحنك وجزء من مؤخر الفم بغشاء الدفتيريا الذى قد يمتد إلى الأنف فيحدث إفرازا غزيرا من الأنف، وتصدر رائحة عفنة من الفم والأنف، وتتضخم الغدد اللمفاوية على جانبى العنق تضخما شديدا حتى لتبدو الرقبة شبيهة برقبة الثور. ويكون المريض مسبوتا[١] لا يشتهى الطعام.

ويختلف الزمن الذى يمكث فيه الغشاء فى الحلق، على أن العلاج الحديث بالمصل قد قصر هذا الزمن، والمعتاد أنه يزول بعد الحقن بثلاثة أيام أو أربعة.

وتتوقف نسبة الوفاة فى هذا المرض على سرعة إعطاء المصل، فإذا

---

(١) يقال تركت المريض مسبوتا: إذا كان ملقى كالنائم يغمض عينيه فى أكثر الأحوال.

عولج الطفل بالمصل فى اليوم الأول للمرض كان شفاؤه مؤكدا، وإذا أعطى المصل للطفل فى اليوم الثانى من المرض كانت نسبة الوفاة ٣٪ ، وترتفع هذه النسبة إلى ٦٪ إذا عولج الطفل فى اليوم الثالث وتبلغ ١٠٪ إذا بدئ العلاج فى اليوم الرابع. أما إذا ترك الطفل بدون علاج فإن نسبة الوفاة ترتفع إلى ٦٠٪.

وهناك اعتقاد خاطئ شائع هو أن مرض الدفتيريا لا يصحبه سوى ارتفاع بسيط فى درجة الحرارة لا يتعدى ٣٨ درجة مئوية، والواقع أن هناك حالات ترتفع فيها حرارة الطفل إلى ٤٠ درجة، ولذلك يجب ألا تتخذ من ارتفاع درجة الحرارة دليلا على أن الإصابة الموجودة ليست بالدفتيريا.

دفتيريا الأنف:

بالرغم من أن دفتيريا الأنف تصاحب فى أغلب الأحيان دفتيريا الحلق إلّا أنها كثيرا ما تحدث بدون إصابة الحلق. ولما كانت دفتيريا الأنف تحدث بشكل تدريجى فقد تمر أيام أو ربما أسابيع قبل أن تعرف تماما. ولعلها أكثر أنواع الدفتيريا خداعا لأنها لا تكون مصحوبة بأى أعراض سوى رشح مزمن يظهر الدم فى إفرازه بين آن وآخر. فإذا كشف الطبيب على الأنف فقد يرى غشاء على جداره الداخلى أو الخارجى، وقد يرى طاقتى الأنف وقد سدّهما هذا الغشاء، ولكن هنالك أحوال كثيرة لا يتمكن فيها الطبيب من رؤية الغشاء لأنه يكون مختبئا وراء الأنف. وأغلب حالات دفتيريا الأنف تكون مصحوبة بتسلخ الجلد تحت طاقتى الأنف نتيجة لكثرة الإفرازات.

وعلى أية حال يجب على الطبيب أن يأخذ عينة من الأنف للفحص البكتريولوجى فى جميع حالات الزكام المصحوبة بإفراز دموى من إحدى طاقتى الأنف أو كلتيهما، وذلك حرصا على تشخيص حالات دفتيريا الأنف فى وقت مبكر. وتتضح أهمية هذا الإجراء إذا علمنا أن دفتيريا الأنف، بالنسبة لكونها مزمنة وبريئة فى مظهرها، مسئولة عن عدد كبير من حاملى جرثومة المرض، وهم الذين ينتشر المرض بواسطتهم بين أفراد المجتمع.

دفتيريا الحنجرة:

قد يصيب ميكروب الدفتيريا الحنجرة وحدها، ولكن فى أغلب الحالات يمتد المرض إلى الحنجرة من الحلق. ووجود غشاء الدفتيريا فى الحنجرة يسبب لها انسدادا ميكانيكيا يؤدى إلى الاختناق السريع فى الأطفال الصغار. أما فى الأطفال الذين يزيد عمرهم عن ثلاث أو أربع سنوات فتظهر الأعراض على شكل عسر فى التنفس، وخشونة وضعف فى الصوت وسعال يشبه رنين النحاس. ثم يعقب ذلك ظهور صوت خاص مميز حاد الدرجة أثناء الشهيق. وبعد ذلك يزداد ضيق التنفس فتظهر زرقة فى الوجه، ويسرع النبض، وتزداد حالة الهياج عند الطفل. وبازدياد الإعاقة فى التنفس يصاب المريض بالأرق والإعياء، وقد يموت الطفل من الاختناق إذا لم يعالج بعملية شق الحنجرة أو القصبة الهوائية. وأكثر الخطورة فى هذا المرض تنبع من امتداد الالتهاب إلى الرئتين فإنه يكون سبب الموت فى أغلب الأحوال.

دفتيريا العين:

نلاحظ أحيانا أثناء أوبئة الدفتيريا أن ملتحمة العين قد تصاب بهذا

المرض. ولإصابة العين بالدفتيريا نفس الأخطار التى لإصابة الحلق على صحة المريض وحياته. وقد تبدأ الإصابة فى العين ثم تنتقل منها إلى الأنف أو الحلق، أو تبدأ فى الحلق أو الأنف ثم تنتقل إلى العين. وأغلب إصابات العين تنتج من تلويث المريض لأصابعه بوضعها فى فمه الملوث بالميكروب، ثم نقلها بعد ذلك إلى عينيه فتنتقل العدوى من حلقه إلى عينيه، ويمكن أن تنتقل العدوى أيضا بواسطة المناشف والوسائد المشتركة بين السليم والمريض.

وتمر دفتيريا العين بثلاث مراحل نلخصها فيما يأتى:

المرحلة الأولى: تستغرق هذه المرحلة من خمسة إلى عشرة أيام، وهى أخطر مراحل المرض، وفيها تصبح الجفون حمراء قانية ساخنة متورمة يؤلمها اللمس ويصعب فتحها ويستحيل قلبها. ثم يشتد الألم وفى نفس الوقت تتورم الغدد الموجودة أمام الأذن وتفرز العين إفرازا غزيرا. أما الملتحمة (وهى الغشاء المبطن للجفن) فيظهر عليها غشاء أبيض من مميزاته أننا لو حاولنا إزالته فإن الملتحمة تحته تدمى، وهذه علامة مميزة للمرض. وفى الحالات البسيطة تكون إصابة الملتحمة قاصرة على الجزء المبطن للجفن، أما فى الحالات الشديدة فالإصابة تشمل الملتحمة المبطنة للجفن والملتحمة المغطية لمقلة العين. وإذا أصيب هذا الجزء الأخير نتج عن ذلك قرحة بالقرنية أو تلف بالأنسجة، أو غرغرينا فى مدة لا تزيد على أربع وعشرين ساعة، مما يتسبب عنه فقد العين وإبصارها.

المرحلة الثانية: وهى أقل شدة من المرحلة السابقة وتبدأ بلين الجفون - بعد أن كانت مشدودة - وخفة الألم وقلة الإفرازات. فإذا كانت الإصابة بسيطة امتص الغشاء الذى ظهر على الملتحمة. أما إذا

كانت الإصابة شديدة حدث تحلل فى الغشاء يترك خلفه أغشية حمراء جديدة تخرج منها إفرازات كثيرة.

المرحلة الثالثة: وهى المرحلة التى تحدث فيها الندوب كما تحدث فى الحروق، وهى علامة على أن خط سير المرض قد توقف، ولكن تحت هذه الندوب يكمن الخطر على العين من حدوث المضاعفات، مثل التصاق الجفون بمقلة العين أو التصاقها بالقرنية، أو حدوث سحابات بالقرنية مما يترك العين عديمة الفائدة.

المضاعفات:

من خصائص ميكروب الدفتيريا أنه يفرز سموما تسرى فى جميع أجزاء الجسم وتمتزج امتزاجا وثيقا بخلاياه. ومن هنا تتضح أهمية التشخيص المبكر لأنه يساعد على إعطاء المصل فى الوقت المناسب فتتحد جزيئاته بسموم الدفتيريا وهى سابحة فى الدورة الدموية قبل أن تستقر فى القلب أو الأعصاب أو أى عضو من أعضاء الجسم؛ لأنها متى ثبتت أقدامها فى خلية ما فمن المستحيل انتزاعها منها؛ ولهذا السبب فإننا نخشى دائما من إصابة القلب بالهبوط أثناء المرض وفى دور النقاهة. ومضاعفات الدفتيريا كثيرة متعددة نذكر أهمها فيما يلى:

١ - **الالتهاب الرئوى الشعبى:** ويكثر حدوثه فى حالات دفتيريا الحنجرة وكثيرا ما يؤدى إلى الوفاة.

٢ - **التهاب الأعصاب:** ويحدث فى الأسبوع الثانى أو الثالث من المرض.

٣ - **الشلل:** وهذه المضاعفة كثيرة الحدوث فى الدفتيريا، ويختلف

زمن ظهورها، فقد تحدث فى الأسبوع الثالث، وقد تتأخر عن ذلك كثيرا.
وأكثر أنواع الشلل أهمية:

(أ) شلل اللهاة: وهو أكثر أنواع الشلل حدوثا وفيه يتكلم المريض من أنفه (أى يصبح المريض أخنف) فيصعب فهم كلامه أحيانا، ويرجع من الأنف السوائل التى يتعاطاها.

(ب) شلل البلعوم: وهو امتداد لشلل اللهاة وفيه يشعر المريض بصعوبة فى البلع. ويكون سعاله من النوع البلعومى (أى يكون له صوت خاص) وينحدر اللعاب على جانبى الفم.

(جـ) شلل أعصاب العين: وهذا يسبب حولا فى العين.

(د) شلل الأطراف: قد يحدث الشلل إما فى الساقين أو فى الأطراف الأربعة بعد مرور خمسة أسابيع تقريبا من بدء المرض. وهو إما جزئى قد يتمكن معه المريض من المشى، أو كلى فيفقد المريض القدرة على تحريك الأطراف.

(هـ) شلل الحجاب الحاجز: وهو أخطر أنواع الشلل وخاصة إذا صحبه شلل فى العضلات التى بين الضلوع، ويؤدى هذا النوع من المضاعفات إلى حدوث الوفاة.

٤ - هبوط القلب: وهو أكثر أسباب الوفاة من الدفتيريا شيوعا ويظهر عادة فى نهاية الأسبوع السادس أو السابع. وأول علامة على هذه المضاعفة المهلكة هى القىء المستمر، مع وجود ألم بالبطن، وقد يكون النبض سريعا أو بطيئا، وتحدث الوفاة عادة بعد يوم أو يومين.

طرق العدوى:

تحدث عدوى الدفتيريا بطريق الرذاذ المنتشر أثناء السعال أو الضحك أو العطس أو التقبيل. وقد يكون مصدرها المريض نفسه أو حامل الجراثيم (وهو الذى توجد جراثيم الدفتيريا فى إفرازات فمه وأنفه دون أن تظهر عليه علامات المرض). وحامل الجراثيم هو المسئول الأول عن الأوبئة التى تظهر بين حين وآخر فى المدارس والمعاهد وغيرها.

ويلعب اللبن والحيوانات المستأنسة كالقطط والكلاب دورا هاما فى نقل الدفتيريا من بيئة إلى بيئة، أو من شخص إلى آخر.

العلاج:

يجب عزل المريض وعلاجه فورا بالمصل الواقى بكميات وافية تتراوح بين ١٠٠٠٠ و٥٠٠٠٠ وحدة تعطى يوميا بالحقن فى العضل حسب شدة الحالة. وتؤخذ عينة من الغشاء الموجود بالحلق أو الأنف أو العين لفحصها بالمجهر، ولكن يجب أن يبدأ العلاج بالمصل فورا لمجرد الشبهة ودون انتظار لنتيجة فحص العينة.

ونظرا لتأثير البنسلين على ميكروبات الدفتيريا، يستحسن إعطاؤه بالإضافة إلى المصل، ولكنه لا يغنى وحده عن استعمال المصل.

ويجب على المريض أن يخلد إلى الراحة التامة فى الفراش لمدة لا تقل عن ثلاثة أسابيع فى الحالات العادية، ولمدة تتراوح بين ستة أسابيع وثلاثة شهور فى الحالات الشديدة. كما يجب ألا يسمح للمريض ببذل أى مجهود كالجلوس فى السرير أو حتى التقلب فيه دون مساعدة والدته أو الممرضة وذلك خوفا من حدوث هبوط مفاجئ بالقلب.

أما الغذاء فيجب أن يكون سائلا مادام الحلق ملتهبا، وقد نجد صعوبة في تغذية الأطفال، وقد نضطر إلى استعمال الأنبوبة الأنفية في بعض أحوال الشلل إذا تعسر البلع. وفي الحالات الشديدة يمكن إعطاء الجلوكوز حقنا بالوريد.

وفي حالات دفتيريا العين يستعمل العلاج الموضعي بالإضافة إلى العلاج العام، فيزال الإفراز الموجود بالعين بغسيل سيانور الزئبق (١ في ١٠٠٠٠) أو محلول الملح كل ساعتين أثناء النهار وكل أربع ساعات أثناء الليل. وتوضع أيضا في العين نقط من المصل بعد الغسيل، كما يستعمل مرهم البنسلين والفازلين لمنع حدوث الالتصاقات.

ويجب أن نحاذر من استعمال مس نترات الفضة أو قطرات مركبات الفضة كالأرجيرول والبروتارجول لأنها ضارة بحالات دفتيريا العين.

ومدة عزل الطفل عن المدرسة تتفاوت بين أربعة وستة أسابيع ولكن يجب ألا يختلط بالآخرين أو يذهب إلى المدرسة قبل أن يثبت الفحص البكتريولوجي ثلاث مرات متوالية عدم وجود جرثومة الدفتيريا في إفرازات الأنف والحلق.

أما المخالطون للمريض (أي الذين يعيشون مع الطفل المريض أو يختلطون به) فيجب حقنهم بالمصل الواقي بمقدار ١٠٠٠ وحدة ليكتسبوا مناعة سريعة ولكنها قصيرة الأجل (فهي لا تدوم أكثر من أربعة أسابيع)، ثم يحقنون بعد أسبوعين باللقاح الواقي المسمى أناتوكسين الذي يكسبهم بعد مضي خمسة أو ستة أسابيع مناعة طويلة.

طرق الوقاية:

أهم طريقة حديثة للوقاية هى استعمال الطعم الثلاثى الذى يقى ضد الدفتيريا والسعال الديكى والتيتانوس.

ويعطى الطفل حقنة من هذا الطعم فى سن الشهرين ثم فى سن الأربعة شهور ثم فى سن الستة شهور: ويعطى الطفل حقنة رابعة بعد ذلك عندما يبلغ العامين من عمره، وحقنة خامسة عندما يبلغ السنة الرابعة.

٩ - الحمى المخية الشوكية أو الالتهاب السحائى الوبائى

شوهدت الحمى المخية الشوكية على شكل وباء لأول مرة فى جنيف عام ١٨٠٥، وأفظع أوبئتها حدث فى سنى الحرب العالمية الأولى (١٩١٤ - ١٩١٨) حيث بلغت نسبة الوفاة بها ٧٠٪.

ويتسبب هذا المرض من العدوى بميكروب خاص من نوع المكورات الثنائية (أى المكورات التى يتجمع كل اثنين منها مع بعضهما البعض) يوجد فى جسم المريض أو حامل الجراثيم (وهو الشخص الذى يحمل داخل جسمه ميكروب المرض دون أن تظهر عليه أعراضه).

وبالنسبة للمريض يوجد الميكروب داخل الخلايا فى سائل نخاعه الشوكى، وفى بلعومه، وفى دمه (فى ٢٥٪ من الحالات فى بدء المرض).

أما حامل الجراثيم فله أهمية كبرى تفوق أهمية المريض بالنسبة لنقل

العدوى. وتصل هذه الأهمية إلى درجة أن حملة الجراثيم فى هذه الحمى هم الذين يتسببون فى نشر العدوى بشكل وبائى. وتبلغ نسبة حملة جراثيم الحمى المخية الشوكية فى المجتمع العادى ٥٪، ولكن هذه النسبة تزداد فى بدء حدوث الأوبئة حتى أنها قد تصل إلى ٨٠٪ من مجموع الشعب.

وينتشر المرض فى الشتاء والربيع ومما يساعد على انتشاره الزحام وتكدس الناس داخل منازلهم فى فصل الشتاء.

ويصيب هذا المرض عادة الأطفال الذين يقل عمرهم عن خمس سنوات، ولكن عند حدوث الوباء يصاب البالغون أيضا وخاصة الذين فى سن التجنيد (من ١٨ إلى ٢٥ عاما).

المناعة:

يندر أن يصاب بهذا المرض من سبقت له الإصابة به، ولذلك فإن هذا المرض يترك مناعة تكاد تكون دائمة.

طرق العدوى:

تنتقل العدوى بواسطة الرذاذ الذى يتطاير من المريض أو حامل الجراثيم، كما قد تحدث أيضا بطريق غير مباشر بواسطة استعمال الحاجات والأدوات الملوثة للمريض أو حامل الجراثيم.

والزحام وسوء التهوية يلعبان دورا هاما فى انتشار الحمى المخية الشوكية وخاصة فى الثكنات والمدارس الداخلية وملاجئ الأطفال والمنشآت المماثلة. ويبدو أن ارتفاع نسبة الرطوبة داخل هذه المنشآت يشجع ميكروب الحمى على التوالد والبقاء، كما أن ضعف مقاومة الجسم

نتيجة للبرد أو التعب يساعد الميكروب على التغلب على القوى الدفاعية للجسم وإصابته بالمرض.

وإصابة الإنسان بالزكام أو الأنفلونزا أو الالتهاب الرئوى تشجع أيضا على إصابته بالحمى الشوكية المخية.

الأعراض:

تبلغ مدة الحضانة فى هذا المرض من يومين إلى خمسة أيام تظهر بعدها الأعراض فيحس المريض برعشة يعقبها ارتفاع فى درجة الحرارة إلى حوالى ٤٠ مئوية، وصداع شديد وخاصة فى الجزء الخلفى من الرأس، وألم فى الأطراف والسلسلة الفقرية مع قىء مستمر يشبه انطلاقه من الفم انطلاق الماء من النافورة، وتشنجات عصبية قد تكون مصحوبة بالهذيان. وتستمر هذه الأعراض وتشتد لمدة يومين أو أكثر ثم يظهر طفح دموى على البطن والظهر يشبه طفح الحمى القرمزية.

ويشتد الصداع بدرجة لايتحملها المريض ويشتد ألم الظهر وخاصة فى المنطقة القطنية من السلسلة الفقرية، ولا يقوى المريض على مواجهة الضوء، ويصبح قلقا مضطربا لا يستقر على فراشه.

ومن العلامات المميزة للحمى المخية الشوكية تصلب الرقبة الذى يظهر فى اليوم الأول أو الثانى من المرض، ويؤدى تصلب الرقبة هذا إلى ميل الرأس إلى الخلف بدرجة قد تؤدى إلى عدم ملاصقة العمود الفقرى للفراش عندما ينام المريض على ظهره.

أما البطن فيبدو مقعرا إلى الداخل، ويكون النبض سريعا وضغط الدم منخفضا.

هذا وصف للحالات العادية من الحمى المخية الشوكية، ولكن توجد هناك حالات شديدة الوطأة تنزل فيها الحمى على المريض نزول الصاعقة فيموت حتى قبل أن تظهر عليه العلامات المميزة للمرض.

العلاج:

من أهم الأسلحة العلاجية ضد هذا المرض المضادات الحيوية عن طريق الحقن بالوريد لفترة لا تقل عن ٣ أسابيع. ويجب بالطبع عزل المريض وعمل جميع الاحتياطات الصحية. ويعزل المريض لمدة ستة أسابيع، وحتى يثبت الفحص الميكروبي ثلاث مرات متوالية خلو البلعوم من ميكروب الحمى المخية الشوكية.

أما المخالطون للمريض فيجب وضعهم تحت الملاحظة لمدة عشرة أسابيع وأخذ عينات من حلوقهم لاكتشاف حاملي الجراثيم من بينهم، وإعطائهم الوقاية الكيميائية بأقراص الريفامبيسين.

الوقاية:

يمكن تناول أقراص الريفامبيسين لمدة أربعة أيام، كما يوجد لقاح خاص يعطى مناعة لمدة عامين. وتعطى الأولوية فى التطعيم لتلاميذ الصف الأول بالمدارس الابتدائية وجميع الأفراد الذين يعيشون فى مجتمعات مغلقة مثل المدن الجامعية والملاجئ والسجون وجنود الأمن المركزى والمدارس الداخلية وحضانات الأطفال.

١٠ - الأنفلونزا
أو
النزلة الوافدة

تحدث الأنفلونزا بين الأفراد فى جميع الممالك وقد تنتشر بشكل وبائى محدود وخاصة فى فصل الشتاء، ولكنها أحيانا تنطلق بشكل وبائى فى جميع أنحاء العالم دون أن تعرف حدودا جغرافية، وفى هذه الحالة تتسبب فى إحداث الوفاة بنسبة كبيرة.

وتاريخ هذا المرض يدل على أن أوبئته انتشرت فى أكثر من قارة مرات عديدة.. ففى عام ١٥١٠ ظهرت الأنفلونزا فى جزيرة مالطة، وسرعان ما انتشرت منها إلى أوربا فأصابتها كلها، ويقول المؤرخون إنه لم تنج عائلة واحدة فى تلك القارة من أن يصاب أحد أفرادها على الأقل بهذا المرض.

وثانى وباء عالمى عرف عن الأنفلونزا حدث فى عام١٥٨٠ عندما اجتاحت موجة المرض أوربا وآسيا وأفريقيا وأمريكا. وفى عامى ١٧٨١، ١٧٨٢ انتشرت الأنفلونزا انتشارا وبائيا فى أوربا ففتكت بالكثير من أهلها من سيبيريا شرقا إلى أسبانيا غربا، ويقال إن ثلثى سكان روما وثلاثة أرباع سكان ميونخ أصيبوا بالمرض. وأما مدينة فينا فقد اضطرت إلى إغلاق مسارحها ثمانية أيام كاملة نتيجة لكثرة الإصابات بين الأهالى.

وكان يظن حتى ذلك التاريخ أن المرض يحدث نتيجة لتأثير بعض الكواكب السماوية فى الإنسان، وهذا هو سبب تسمية المرض بالأنفلونزا،

وهى كلمة إيطالية الأصل معناها «التأثير»، كما أطلق الفرنسيون على هذا المرض كلمة «لاجريب»، ومعناها «الممسوك»، وقصدهم من ذلك أن المريض قد أمسك به الجان والعفاريت.

وفى عامى ١٨٤٧، ١٨٤٨ انتشر وباء عالمى آخر شمل جميع القارات: آسيا وأفريقيا وأوربا وأمريكا، ثم حدث وباء مماثل فى عامى ١٨٧٤، ١٨٧٥. وفى عام ١٨٨٩ أصيبت أوربا وأمريكا بوباء آخر امتد فى بعض بلادهما حتى عام ١٨٩٢. وقد حدث وباء عالمى آخر من الأنفلونزا فى عامى ١٩١٨، ١٩١٩ تسبب فى وفاة عشرين مليونا من الأنفس فى جميع أنحاء العالم. وقد انتشر هذا الوباء فى مصر عقب الحرب العالمية الأولى وأطلق عليه حينئذ الحمى الاسبانيولية، وقد بلغت وفيات الأنفلونزا فى مصر عندما اشتد الوباء ما بين سبتمبر وديسمبر من عام ١٩١٨ ما لا يقل عن ١٣٨ ألفا من الأنفس.

وقد حدث وباء فى الصين فى أبريل من عام ١٩٥٧ ومنها انتقل إلى هونج كونج حيث سجلت ٥٠٠٠٠ حالة مات منها ٤٤، ومن هناك سار الوباء إلى سنغافورة حيث أغلقت المدارس عندما بلغت الإصابات أعلى مستوى لها فى مايو، وفى نفس الوقت أصيب مليون ونصف مليون شخص توفى منهم ١٠١، وفى يونية حملت إحدى السفن الوباء من سنغافورة إلى الهند حيث وصلت الإصابات فى أواسط ذلك الشهر إلى أربعة ملايين إصابة. وفى يونية أيضا بلغت الحالات فى اليابان مليونين ونصف مليون حالة وأغلقت ٢٢٥ مدرسة وكلية. وفى نفس الشهر وصل الوباء إلى إيران، وفى ظرف شهرين (أى فى أغسطس) كان ٣٥٪ من سكان إيران قد أصيبوا بالأنفلونزا.

وفى الباكستان ظهرت ٤٤٩٤ حالة فى ظرف أربع وعشرين ساعة فى شهر يونية. وفى أوائل يونية حملت إحدى السفن الأمريكية بين بحارتها الحالات التى نقلت المرض إلى الولايات المتحدة الأمريكية، ونقل الحجاج الباكستانيون الوباء إلى البلاد العربية. وفى أواخر يولية بدأت الإصابات تظهر فى شيلى وأخذت تزداد حتى بلغت فى أغسطس ما يقرب من ثلث مليون إصابة.

ويعتقد الكثيرون أن ضحايا هذا المرض أكثرهم من العجائز أو الأطفال أو الضعفاء، والواقع أنه من سيئات الأنفلونزا إصابتها لمتوسطى العمر والأشداء الذين يستهينون بالمرض فيصاب الكثير منهم بالمضاعفات الرئوية فى غمضة عين، وفى غمضة عين أخرى يفارقون الحياة وجميع الذين عاصروا وباء الأنفلونزا الذى حدث فى مصر فى عام ١٩١٨ لاشك يذكرون حوادث وفيات كثيرة حدثت فى المساء لأشخاص كانوا أصحاء معافين فى الصباح.

أما الجرثومة المسببة للأنفلونزا فلم تعرف إلا منذ عهد قريب. وسبب التأخر فى معرفتها كان يرجع إلى عدم العثور على حيوان يمكن إصابته بالعدوى بالأنفلونزا. وفى عام ١٩٣٣ تمكن ثلاثة من الأطباء من إصابة العرسة بالأنفلونزا، ومنذ ذلك التاريخ اتسعت الأبحاث وتعددت التجارب حتى اكتشف الأطباء الإنجليز أن الجرثومة المسببة للأنفلونزا من نوع الفيروس. والفيروس نوع من الميكروبات البالغة الدقة لا يمكن رؤيتها بالمجهر العادى ولكنها ترى بالميكروسكوب الإلكترونى.

وقد اتضح أن للأنفلونزا أكثر من نوع من الفيروس، فهناك الفيروس الذى يرمز إليه بحرف الألف، والفيروس الذى يرمز إليه

بحرف الباء، ويقول بعض الأطباء إن هناك نوعا ثالثا يرمزون إليه بحرف الجيم.

وتعدد الفيروسات المسببة للأنفلونزا يفسر لنا لماذا يمرض الإنسان بهذا المرض أكثر من مرة فى وقت قصير، فقد يكون المرض أول الأمر نتيجة العدوى بنوع من هذه الفيروسات، وفى المرة الثانية نتيجة العدوى بالنوع الثانى.

وليت الأمر اقتصر على ذلك فقد أثبتت الأبحاث أن فيروسات الأنفلونزا تتغير بعض خصائصها بمرور الزمن، والنتيجة الطبيعية لذلك أن تعددت الفصائل للنوع الواحد من الفيروس، وهذا فى رأى الكثيرين هو سبب اختلاف أعراض المرض فى وباء عنه فى آخر، فقد تكثر المضاعفات الصدرية مثلا فى أحد الأوبئة، بينما تكون الأعراض المعوية هى البارزة فى وباء آخر.

ومرة أخرى ليت الأمر اقتصر على هذا، إذ ثبت أيضا أن الفيروس المسبب لوباء ما قد تتغير بعض صفاته أو خصائصه أثناء الوباء نفسه، فقد يصبح أكثر شدة وضراوة فتكون الإصابات بالمرض فى آخر الوباء أشد قسوة وأكثر مضاعفات ووفيات منها فى بداية الوباء.

المناعة:

المناعة ضد هذا المرض واهية ضعيفة، فقد يمرض الشخص بالأنفلونزا مرات لا عدد لها، بل يقال إن العدوى بالأنفلونزا تحدث استعدادا عند الشخص للإصابة بها مرات أخرى.

طرق العدوى ووسائل انتشار الأنفلونزا:

تنتقل عدوى الأنفلونزا بواسطة الرذاذ المتطاير فى الهواء أو بواسطة أدوات المريض وحاجاته الملوثة. ومما يساعد على انتشار هذا المرض سوء التهوية وازدحام الناس داخل المساكن، وفى المدارس والملاهى، والمحلات العامة، ووسائل النقل كالقطارات وسيارات النقل العام إلخ.

والتعب وضعف مقاومة الجسم والتعرض للبرد من أهم العوامل التى تجعل الإنسان أكثر استعدادا لتقبل العدوى.

أما الأوبئة العالمية فتتبع خطوط السفر من بلدة إلى أخرى. وقد لوحظ أن الموانى تنتقل إليها العدوى قبل وصولها إلى البلدان الداخلية.

وهناك عاملان هامان هما أس البلاء فى انتشار الأنفلونزا بشكل وبائى فى أى مجتمع، أولهما: عدم حجز المريض لنفسه فى منزله أثناء المرض، وتوجهه إلى عمله، ونتيجة لذلك يتسبب فى نقل العدوى إلى الآخرين وهو راكب فى الترام أو الأتوبيس، أو قاعد فى المكتب أو القهوة أو أى مكان يتواجد فيه الناس. والعامل الثانى هو السماح لأهله وأصدقائه ومعارفه بزيارته فيلتقطون العدوى منه أو يحملونها إلى الآخرين.

الأعراض:

مدة الحضانة فى هذا المرض قصيرة جدا، وهى تتراوح بين عدة ساعات إلى أربع وعشرين أو ثمان وأربعين ساعة، وقد تطول فى بعض الحالات إلى ثلاثة أو خمسة أيام.

والأنفلونزا من الأمراض القليلة التى ليست لها أعراض مميزة خاصة

بها كالدفتيريا مثلا أو الحصبة، إذ أن أعراضها أعراض عامة تتفق أحيانا مع أعراض النزلات البردية من أنفية وحلقية وتتفق أحيانا أخرى مع الأعراض الأولى لمطلع كثير من الحميات.

وأهم أعراض الأنفلونزا هو المطلع (أى دخول المرض) المفاجئ مع ارتفاع درجة الحرارة مصحوبا فى أغلب الأحيان إما بقشعريرة أو شعور بالبرودة. ويشكو المريض من الصداع والآلام المفصلية والعضلية وتكسير ونشر فظيعين فى العظام، وألم فى أسفل الظهر، مع ضعف عام دون مبرر، ولا يلبث المريض أن يشكو من جفاف فى حلقه.

وفى جميع حالات الأنفلونزا يصاب المريض بسعال جاف مؤلم ويشعر أثناء السعال كأن به شرخا أو جرحا فى صدره خلف عظمة القص (وهى العظمة الأمامية للصدر). وهذا العرض من الأعراض المميزة للأنفلونزا ويندر وجوده فى النزلات البردية العادية.

ويتميز سعال الأنفلونزا بأنه جاف ومتقطع، ونقصد بالسعال الجاف أنه لا يخرج بلغمًا، ونعنى بالسعال المتقطع أنه يتكرر على فترات قصيرة. وتشتد نوبات السعال ليلاً فتؤرق المريض وتزيد فى انهاكه.

والأنفلونزا العادية تستمر بضعة أيام (من يومين إلى خمسة) تبقى درجة الحرارة فيها عالية إلى حد ما ، ثم تزول جميع الأعراض تقريبًا، ومع زوالها لا يسترجع المريض قوته بل يبقى غير قادر على المجهود الجسمانى العادى، وهذه العلامة لا نجدها فى النزلات البردية العادية.

ومصيبة الأنفلونزا ليست فى الإنهاك والضعف الشديدين اللذين يصاب المريض بهما، ولكن فى مضاعفاتها، فالمعروف أن فيروس الأنفلونزا يمهد الطريق للعدوى بميكروبات أخرى موجودة عادة فى حلوق المرضى

وأهمها المكور الرئوى وهو الميكروب المسبب للالتهابات الرئوية، وكذلك المكور السبحي والمكور العنقودى وغيرها، وهذه تسبب التهابات مختلفه رئوية وغير رئوية. وتعد المضاعفات الرئوية مضاعفات خطيرة خصوصًا إذا وقعت للأطفال وكبار السن لأن مقاومتهم أقل بكثير من مقاومة الشباب ومتوسطى العمر.

العلاج:

لا يوجد علاج نوعى للأنفلونزا، ومعنى ذلك أنه لا يوجد عقار يقضى على فيروسها، ولذلك يقتصر العلاج على الراحة التامة، وهذا الأمر فى غاية الأهمية لسببين: أولاً لأن الراحة تساعد الجسم على مقاومة المرض، إذ أن إنهاك الجسم بالعمل يقلل من قدرته على مقاومة الفيروسات فتستشرى، وهذا بدوره يعطى فرصة للميكروبات الثانوية الأخرى (المكورات السابق ذكرها) لأن تدخل الميدان فتهجم على الرئتين فتصيب إحداهما أو كلتيهما بالالتهاب، وقد ثبت قطعًا بالإحصاءات الرسمية أن الاستهتار بهذا الأمر أودى بحياة الكثيرين، كما أن راحة المريض تقلل من فرص نقله العدوى للآخرين.

ومن الأدوية الصالحة لعلاج هذا المرض برشامة مكونة من الأسبرين والفيناستين والكودايين وهى ناجحة التأثير فى علاج الصداع والآلام وخفض درجة الحرارة - وفى بعض الأحيان يستفيد المريض من إعطائه جرعة معرقة تحتوى على سائل خلات النشادر وجرعة «طود» لتنبيه القلب والدورة الدموية، ويعالج الأرق بمهدئات الأعصاب كالكلورال واللومينال وغيرهما.

وعلى المريض ألا يسارع إلى مغادرة الفراش قبل أن يتم شفاؤه.

وهناك قاعدة سليمة يتبعها الطب وهى أن يظل المريض فى داره مستريحًا فترة تسمى فترة النقاهة وهى تعادل فى المدة فترة الرقاد أو فترة الحمى بمعنى أن المريض إذا استمر فى فراشه ثلاثة أيام قبل نزول درجة الحرارة فعليه أن يمضى مثلها فى المنزل بعد انخفاض درجة الحرارة.

أما غذاء المريض فيستحسن أن يكون بسيطًا سهل الهضم كحساء الخضار أو حساء اللحم أو الطيور. كما يحسن الابتعاد عن المأكولات الدهنية والتوابل والمواد الحريفة.

ويجب على المريض الإكثار من تناول السوائل وخاصة الساخنة والامتناع عن التدخين.

ويظن البعض أن تعاطى السلفا أو أخذ حقن البنسلين يفيد أو يقى من حدوث الالتهاب الرئوى، وهذا رأى خاطئ بل وخطر، إذ الواجب إرجاء تعاطى هذين العقارين حتى تظهر بوادر الالتهاب وعندئذ يستعملهما المريض فى الحال، ويجب أن يستعمل هذان العقاران معًا حتى يستطيع المريض التغلب على الالتهاب الرئوى.

ويجب على المريض استدعاء الطبيب فورًا إذا ارتفعت درجة حرارته بعد انخفاضها أو أصابته رعشة أثناء المرض أو شعر بنهجان وضيق فى التنفس.

١١ - الحمى الروماتزمية

تنتشر الحمى الروماتزمية بين ربوع وطننا انتشارًا ذريعًا وعلى الأخص فى المدن الكبيرة، ولهذه الحمى أهمية خاصة لأنها تفتك بصمامات القلب وتقعد عددا كبيرا من الأطفال والشبان عن العمل، بل وتسبب وفاة عدد

كبير ممن يقع عمرهم بين الخامسة وسن الثلاثين ومما يؤسف له أن الحمى الروماتزمية وإصابة القلب بالروماتزم ليست من الأمراض التى يتحتم على الطبيب التبليغ عنها، ولذلك لا يوجد لدينا إحصاءات دقيقة عن هذه الأمراض فى بلادنا، ولكن الأطباء يتفقون جميعًا على أنها كثيرة الانتشار فى مصر وعلى الأخص فى الأماكن الرطبة، وهى تتبع جبهة المياه فى انتشارها، وهذا يفسر زيادة حدوثها فى الوجه البحرى نظرًا لازدياد مشروعات الرى وما يرافق ذلك من ازدحام السكان، والفقر وسوء التغذية مع عدم توفر الوسائل الصحية فى هذه البيئة الريفية. وقد لاحظ الأطباء انتشار الحمى الروماتزمية بين الفقراء، ولكنها تزور أيضًا الفيلات والقصور.

وقد يصيب المرض أكثر من فرد فى الأسرة الواحدة، ويمكن تفسير هذه الظاهرة بوجود استعداد موروث فى بعض العائلات مع تعرض هؤلاء لنوع مشترك من العدوى. وكثيرًا ما رأينا أفراد عائلة بأكملها تصاب بالتهاب الحلق والمسالك الهوائية العليا، ولكن واحدا من أفرادها فقط يقع فريسة للحمى الروماتزمية، ولكن هذا لا يمنع أن الحمى الروماتزمية تنتشر فى كثير من أفراد بعض عائلاتنا المصرية.

وتصيب الحمى الروماتزمية الأطفال الذين يقرب سنهم من الخامسة ويزداد حدوثها حتى سن التاسعة أو الحادية عشرة، وعلى العموم فهى شائعة حتى سن الثلاثين. وقد تحدث الحمى الروماتزمية بشكل وبائى فى المدن والقرى وفى المدارس والمستشفيات وبيوت النقاهة.

ويكثر حدوثها فى أواخر الشتاء وأوائل الربيع، وتعقب عادة الإصابة بالتهاب اللوزتين والحلق وأمراض المسالك الهوائية العليا. وقد دلت

الأبحاث على أن الجراثيم التى تسبب هذه الالتهابات هى المكورات السبحية «مجموعة أ»، لذلك يجب أن نعنى بعلاج أطفالنا من هذه الأمراض، وأن ننصح شبابنا أيضًا بالعناية بأمراض المسالك الهوائية العليا حتى لا يصابوا بالحمى الروماتزمية.

ولا تحدث الإصابة بالحمى الروماتزمية من إصابة الحلق والمسالك العليا بالجرتومة السبحية مباشرة، ولكنها تأتى بعدها بثلاثة أسابيع فى المتوسط، وهو الوقت الذى تتكون فيه حساسية الجسم.

الأعـراض:

يجب على كل فرد من أفراد أمتنا أن يعرف أعراض الحمى الروماتزمية، ويجب على كل أم وكل مدرس ومدرسة أن يعلم الكثير عن هذه الحمى وأعراضها وآثارها، لأن ذلك يؤدى إلى إمكان الوقاية من هذا المرض أولا وإلى التبكير فى علاجه ثانيًا، وكلا الأمرين يوفر على بلادنا خسارة فادحة فى الأرواح ويقلل من عدد المقعدين الذين لا يستطيعون إتمام دراستهم أو أداء أى عمل للدولة.

وتختلف أعراض هذه الحمى اختلافًا كبيرًا فقد تكون الأعراض طفيفة فيأتى المرض كاللص فلا يأبه به الطفل أو الشاب، ثم ينقض على القلب بأنيابه فيقع الشخص فريسة لمرض القلب دون أن تسعفه ذاكرته بعد ذلك بأنه مرض بالحمى الروماتزمية فى يوم من الأيام.

وعلى النقيض من ذلك قد تأتى الأعراض بصورة حادة بعد التعرض لبرد شديد أو الإغراق فى المجهود والتعب فترتفع درجة الحرارة حتى تصل إلى ٤٠ درجة مئوية، ويسرع النبض، ويزداد التنفس ويتصبب من

المريض عرق غزير، وتلتهب المفاصل، وغالبًا ما يبدأ الالتهاب فى مفصل واحد ثم ينتقل إلى مفصل آخر وهكذا، وقد يلتهب أكثر من مفصل فى وقت واحد. ويتورم المفصل الذى يكون عادة من المفاصل الكبيرة (كمفاصل الركبتين أو الذراع) ويحمر الجلد فوقه ويصبح مؤلمًا عند اللمس باليد أو بغطاء الفراش، كما يصعب أو يستحيل تحريكه. ويبقى الالتهاب فى المفصل مدة تتراوح بين أربعة وستة أيام ينتقل بعدها إلى مفصل آخر. وتظل الحرارة مرتفعة فى هذا المرض مدة عشرة أيام أو أسبوعين، ويتغير سير المرض إذا أعطيت الساليسيلات فعندئذ تزول الأعراض والحمى فى مدة ٤٨ ساعة.

ولكن الحمى الروماتزمية لا تعطى مناعة لصاحبها فقد تجمع شملها وتتوثب وتعود ولو بعد شهور، وفى كل مرة تزور فيها المريض تؤذى القلب وتصيبه، ولذلك كان منع حدوث هذه النكسات والوقاية منها أمرًا هاما جدا ويجب أن نعطى له ما يستحقه من العناية.

ومن خصائص هذه الحمى فتكها بالقلب، ولا يوجد جزء من أجزاء القلب المختلفة لا تؤثر فيه هذه الحمى، ولذلك كانت الراحة التامة فى الفراش وفحص القلب دوريًا من أهم ما يجب أن نعنى به. وقد يشعر المريض بزيادة الخفقان أو بألم فوق منطقة القلب أو بضيق فى التنفس، وقد لا يشعر بأى شىء من هذا وإنما يكتشف الطبيب وجود لغط فى أصوات القلب.

وقد تسبب الحمى الروماتزمية ضيقًا فى بعض صمامات القلب واتساعًا فى بعضها، ويحدث مرور الدم خلال هذه الصمامات المريضة احتكاكًا يصدر عنه صوت هو ما نعبر عنه باللغط. ووجود اللغط فى حد ذاته

لا يؤذى، وإنما العبرة بحالة عضلة القلب وتكافئها والمحافظة على سلامتها.

ومن المعايير التى تقاس بها حدّة الحمى الروماتزمية وحدّة إصابة القلب قياس سرعة ترسيب كرات الدم الحمراء التى قد تصل فى هذا المرض إلى ١٠٠ أو ١٣٠ ملليمترا فى الساعة. ومع تحسن الحالة تهبط سرعة الترسيب تدريجيًا. وأثناء تناول دواء الساليسيلات تهبط سرعة الترسيب، فإذا أوقف تعاطيه، عادت سرعة الترسيب إلى الارتفاع، لذلك ننصح بعمل ترسيب الدم بعد إيقاف دواء الساليسيلات.

واستمرار سرعة الترسيب عالية عن المعدل الطبيعى وهو ٢٠ ملليمترا فى الساعة يعنى استمرار الراحة فى الفراش ولكن استمرار الارتفاع شهورا عديدة لا يعنى أن نلزم المريض بالبقاء فى الفراش طوال هذه المدة إذ أن هناك معايير أخرى كسرعة النبض ودرجة الحرارة، ترشد الطبيب إلى التصرف فى مثل هذه الحالات المعقدة التى تأبى فيها سرعة الترسيب أن تعود إلى معدلها الطبيعى.

العـلاج:

يجب على المريض أن يخلد إلى الراحة التامة فى الفراش. وتتراوح مدة البقاء فى الفراش عادة بين ستة أسابيع وستة شهور حسب حالة المريض وحالة القلب.

وأهم المركبات المستعملة فى علاج الحمى الروماتزمية مركبات الساليسيلات وهذه تعطى على هيئة أقراص أو شراب أو حقن. وتفيد أيضًا فى العلاج مركبات الكورتيزون، والفينيل بيوتازون، والاندوميتاسين.

الوقـاية:

ربما كان أهم ما يثبت وجود علاقة وثيقة بين العدوى بالميكروب السبحى والإصابة بالحمى الروماتزمية هو إمكان الوقاية من الحمى الروماتزمية إذا أمكن الوقاية من العدوى المتكررة بالميكروب السبحى، وكذا علاج الإصابة عند حدوثها بأسرع ما يمكن.

وهناك رأى ينادى باستئصال اللوزتين كوقاية من الإصابة بالحمى الروماتزمية، وفى الواقع يمثل هذا الرأى خطأ كبيرا لأن الحمى الروماتزمية لا تأتى بعد التهاب اللوزتين فحسب بل قد تحدث من إصابة أى بؤرة صغيرة فى الحلق أو الأنف بالميكروب السبحى، وحتى إذا استؤصلت اللوزتان فإن الحلق غنى بالأنسجة اللمفاوية التى يستطيع الميكروب السبحى أن يرسى قواعده عليها، وقد شاهدنا الكثير من حالات الحمى الروماتزمية تفتك بالقلب بعد استئصال اللوزتين بأعوام، ولهذا فلا ضرورة لاستئصال اللوزتين إذا كان القصد من ذلك فقط تجنب الإصابة بالحمى الروماتزمية.

وتوجد الآن طريقتان للوقاية من الحمى الروماتزمية، أما الطريقة الأولى فباستعمال العقاقير المضادة للميكروبات، والطريقة الثانية تتلخص فى الإسراع بعلاج العدوى بالميكروب السبحى علاجًا حاسمًا وذلك بقصد الإقلال من حدوث الإصابة الأولى بالحمى الروماتزمية.

الوقاية من الإصابات المتكررة بالحمى الروماتزمية:

هناك مضادات كثيرة تفى بهذا الغرض، وهناك ثلاث طرق لاستعمال هذه المضادات:

١ - **مركبات السلفا**: وقد جربت هذه الطريقة للوقاية خلال العشرين سنة الماضية وخصوصًا أثناء الحرب العالمية الثانية، وقد ثبت أنه باستعمال هذه المركبات عن طريق الفم وبجرعات صغيرة يوميًا يمكن تفادى حدوث نكسات الحمى الروماتزمية الحادة فى ٨٥٪ من الحالات وأحسن مركبات السلفا التى استعملت فى هذا السبيل هو مركب السلفاديازين.

والجرعة التى يوصى بأخذها من العقار هى نصف جرام مرتين يوميًا. ومن عيوب هذه الطريقة أن هذه الجرعات الصغيرة ليس لها تأثير مبيد على الميكروب السبحى، وإنما فقط تمنع تكاثر وتوالد هذا الميكروب، ومع مضى الزمن يتأقلم الميكروب ويتعود على مركبات السلفا فينعدم تأثيرها عليه. هذا بالإضافة إلى خطر تأثير السلفا التسممى على كرات الدم البيضاء، والتهابات الجلد التى قد تحدث نتيجة لاستعمالها.

٢ - **إعطاء البنسلين عن طريق الفم**: وقد استعملت هذه الطريقة فى وقاية الجيوش من العدوى الوبائية للميكروب السبحى وذلك بإعطاء جميع الأفراد مائة ألف وحدة من البنسلين مرتين فى اليوم، والبنسلين له مفعول يفوق مفعول السلفا بمراحل لأنه مبيد للميكروب السبحى، وعلى ذلك فإنه إذا أعطى بمقادير كافية يبيد الميكروب من الأشخاص الحاملين له تماما، كما أنه ليس له أعراض تسممية غير مستحبة اللهم إلا الأرتيكاريا التى تظهر فى بعض الأشخاص.

٣ - **البنسلين عن طريق الحقن**: وهذه هى الطريقة المثلى للوقاية من نكسات الحمى الروماتزمية الحادة. وأفضل نوع يمكن استعماله من البنسلين فى هذه الحالة هو مستحضر البنزاسين بنسلين ويعطى منه حقنة واحدة قوتها ١,٢٠٠,٠٠٠ وحدة مرة واحدة كل شهر.

الوقاية من الإصابة الأولى بالحمى الروماتزمية:

إن الأبحاث العديدة التى أجريت فى مختلف المعاهد العلمية وخصوصا بمعهد أمراض الميكروب السبحى بقاعدة دارين الجوية بأمريكا أثبتت أنه لكى نمنع حدوث الحمى الروماتزمية يجب أن نبيد الميكروب السبحى من حلق وأنف المرضى إبادة تامة. وأفضل طريقة لذلك هى إعطاء البنزاسين بنسلين حقنا فى العضل بمقدار ١,٢٠٠,٠٠٠ وحدة مرة واحدة. وفى الأشخاص الذين عندهم حساسية للبنسلين يمكن استعمال مركبات التتراسيكلين أو عقار الأريثرومايسين لمدة عشرة أيام.

وقد سبق أن ذكرنا أن عملية استئصال اللوزتين فى الأشخاص المعرضين للإصابة بالحمى الروماتزمية المتكررة لم تأت بنتائج حسنة من الوجهة الوقائية فقد ثبت أنها بمفردها ليست لديها أى فائدة وقائية مطلقا إذ أن الشخص يظل معرضا لنكسات المرض ما لم يعط البنسلين شهريا لمدة طويلة.

وقد أثبتت الأبحاث الحديثة أن إعطاء عقار البنسلين للمصابين بالحمى الروماتزمية فى الأيام الأولى من المرض يقلل بشكل واضح من حدوث التهاب صمامات القلب الروماتزمى وتلفها على شرط أن يستمر إعطاؤه بجرعات كبيرة لمدة ثلاثة أسابيع، ثم بجرعات أقل لمدة ثلاثة أسابيع أخرى.

وقد وجد أيضا أن استعمال عقار الكورتيزون المعدل وخاصة الدكساميتازون يقلل من إصابة صمامات القلب بالروماتزم إلى حد كبير.

١٢ - النزلة الشعبية الحادة

تتسبب النزلة الشعبية الحادة من الجراثيم التى تسبب الزكام أو الحصبة أو الأنفلونزا أو السعال الديكى أو الحمى التيفودية فهى فى الواقع تصحب جميع هذه الأمراض.

الأعراض:

من أعراض النزلة الشعبية الحادة سعال جاف يضايق المريض ويرافقه شعور باللذع أو الحرارة خلف عظمة القص فى الصدر نتيجة لالتهاب القصبة الهوائية. ومع انتشار الالتهاب فى الشعب يحس المريض بشعور بالضغط فى الصدر مع سعال متكرر وأزيز مسموع قد يضايق المريض فى نومه أثناء الليل، ويكون البصاق هلاميا وقليلا فى أول الأمر ثم يصبح لزجًا مصفر اللون وقد يكون مدمما فى بعض الأحيان. وترتفع درجة الحرارة إلى ٣٨ أو ٣٩ درجة مئوية، وتتحسن الحالة عادة بعد أسبوع. وقد يرافق النزلة الشعبية نهجان فى بعض الأحيان، وهذا قد يكون نذيرا بامتداد الالتهاب إلى الشعب الصغيرة أو الرئة ذاتها.

العلاج:

يجب على المريض أن يلازم الفراش ولا يغادره قبل مرور يومين أو ثلاثة على انخفاض درجة الحرارة. وتعطى مركبات السلفا والبنسلين إذا زادت درجة الحرارة عن ٣٨ مئوية، وخاصة عند المتقدمين فى السن. وعندما يكون السعال جافًا يحسن استنشاق بخار من وعاء به ماء ساخن أضيفت إليه ملعقة صغيرة من صبغة الجاوى المركبة. ولا تعطى مسكنات

السعال (كمركبات الكودايين) إلا ليلا، أما أثناء النهار فتعطى للمريض مركبات لطرد البلغم مثل مزيج النشادر والبوليجالا.

ولا مانع من عمل الحجامات الجافة (كاسات الهواء) فوق الظهر وعلى قاعدتى الرئتين.

طرق الوقاية:

لا تخرج طرق الوقاية من النزلة الشعبية الحادة عن الطرق المتبعة للوقاية من الأنفلونزا والزكام وسائر أمراض الجهاز التنفسى.

١٣ - الالتهاب الرئوى

يتسبب الالتهاب الرئوى الحاد من ميكروب خاص يسمى (المكور الرئوى) وله ثلاثة وثلاثون نوعا مختلفة. وهذا المرض حاد وخطر جدا على الأطفال وكبار السن. وتؤهب للإصابة به بعض الأمراض كالأنفلونزا والحمى التيفودية وداء السكر وبعض العلل القلبية كما يكثر فى المصابين بالعلل العقلية والنزيف المخى. ويزداد حدوث هذا المرض بين الزنوج والفقراء وسكان المدن ومدمنى الخمر.

وقد كان هذا المرض إلى عهد قريب يحتل مكانا فى الصف الأول بين الأمراض الشائعة الخطيرة، ولكن كشف مركبات السلفا والبنسلين والاستربتوميسين وغيرها قد غير من هذا الوضع وأخذ شبح الخوف من شر هذا الداء فى الزوال، وبذلك نقصت نسبة حدوثه ونسبة الوفيات به بدرجة كبيرة. ولتوضيح هذه الحقيقة نذكر أن نسبة الوفيات من هذا المرض كانت تبلغ فى سنة ١٩٣٤ خمسة وستين فى كل مائة ألف شخص من جميع الأعمار، وقد انخفضت هذه النسبة فى سنة ١٩٤٤ (بعد اكتشاف

السلفا والبنسلين) إلى ثلاثة وثلاثين فى كل مائة ألف. وفى الحرب العالمية الأولى بلغت نسبة المتوفين من الالتهاب الرئوى بين القوات المحاربة ٢٨٪، أما فى الحرب العالمية الثانية فقد هبطت إلى أقل من ١٪.

ويكثر حدوث الالتهاب الرئوى فى بلادنا فى فصلى الشتاء والربيع حين يشتد البرد وتكثر النزلات.

طرق العدوى:

تنتقل العدوى من المريض إلى السليم عن طريق الرذاذ المتطاير من أنفه وفمه عند السعال. وكذلك عن طريق أدواته الملوثة ببصاقه.

ومن أهم العوامل المسببة لحدوثه (غير العدوى المباشرة من المريض) إهمال علاج النزلات البردية العادية وإهمال الاحتياط ضد التعرض للبرد أو التيارات الهوائية، وكذلك إهمال العناية بنظافة المسالك الهوائية (الفم والأنف والحلق) عند المصابين بأمراض حادة معدية كالحصبة والسعال الديكى والأنفلونزا.

الأعراض:

تبدأ أعراض المرض، فى الشبان بقشعريرة وفى الطفل بقىء وتشنجات، وترتفع الحرارة فجأة إلى ٣٩ أو ٤٠ درجة مئوية. وإذا كان الالتهاب بالقرب من سطح الرئة امتد إلى الغشاء الذى يغطيها (وهو يسمى البلورا)، فيحس المريض بألم ناخس فى جانب الصدر. ويكون شكل المريض بهذا المرض مميزا فنراه مستلقيا على فراشه أحمر الوجنتين قلق الوجه، يتنفس تنفسا سريعا سطحيا، ويتحرك أنفه، ويأخذه سعال قصير من وقت لآخر، وأحيانا تخرج حول فمه فقاقيع صغيرة.

وسرعان ما يصيب المريض لهث ونهجان، ثم لا يلبث أن تظهر على شفتيه وأظافره زرقة نتيجة لعدم كفاية الأوكسيجين، وبمعنى آخر يكون المريض بالالتهاب الرئوى سبه مخنوق.

وتكون القشعريرة متقدمة على بقية الأعراض وتأتى بشكل نافض قوى فيهتز بدن المريض وتصطك أسنانه، وهى تأتى مرة واحدة ولا تتكرر ثانية فى أغلب الأحيان.

أما الألم الناخس فيكون شديدا ويزداد عند التشهيق أو السعال أو الضغط؛ ولذلك يقلل المريض من سعة حركاته التنفسية ويصبح تنفسه سطحيا ولكنه أسرع بكثير من التنفس العادى فالمريض الذى تكون درجة حرارته ٤٠ درجة مئوية يتراوح عدد التنفس عنده بين ٤٠, ٦٠ فى الدقيقة مع أن عدد التنفس فى حالة الصحة لا يتجاوز ١٨ مرة فى الدقيقة. وتعتبر هذه الزيادة الكبيرة فى سرعة التنفس من العلامات المميزة للالتهاب الرئوى.

ويسرع النبض بسبب ارتفاع الحرارة ويصل فى المتوسط إلى ١٠٠ أو ١٢٠ فى الدقيقة. وتظل الحرارة مرتفعة مدة أسبوع تقريبا، ثم تنخفض فجأة ويصحب انخفاضها الفجائى عرق غزير أو إسهال. وليس من النادر أن يصاب المريض بهبوط شديد.

أما السعال فيكون ظهوره من بدء المرض جافا قصيرا مؤلما، ثم يصحبه أخيرا بلغم قد يكون مخاطيا فى بادىء الأمر شديد اللصوق لا يقذفه العليل بسهولة، وقد يتلون بلون الدم أو يكون مصفرا بلون الصدأ، وتعتبر هذه الصفة الأخيرة من العلامات المميزة فى تشخيص الالتهاب الرئوى. ومتى جاء وقت الشفاء يكثر البصاق وتقل لزوجته

ويصبح لونه سنجابيا أو أصفر مائلا للاخضرار.

وتكون الحالة العامة للمريض بالالتهاب الرئوى سيئة فى مظهرها إذ سرعان ما تخور قوى المريض وتعتريه حالة همود وإعياء، ويكون الوجه محتقنا واللسان متسخا. وفى الأطفال قد يحدث التشنج وقد تتسع فتحتا الأنف وتضيقان مع حركة التنفس، ويظهر على شفتى المريض وحولها بثور مائية تسمى بالعقابيل، وهذه تظهر أيضا فى أمراض أخرى كالملاريا والأنفلونزا وغيرهما.

أما البول فتقل كميته ويصبح لونه داكنا ولكن كميته تكثر وقت إقلاع الحمى. وتطرأ على الدم جملة تطورات فتكثر الكرات البيضاء وتدل كثرتها هذه على حدة المعركة الدائرة بينها وبين ميكروب الالتهاب الرئوى.

المضاعفات:

للتبكير فى تشخيص هذا الداء والمبادرة بعلاجه أهمية كبرى لأن فى ذلك وقاية للمريض من مضاعفات هذا المرض وعواقبه.

ومضاعفات هذا المرض كثيرة وخطيرة أهمها خراج الرئة، والانسكاب الصديدى فى الصدر، والتهاب غشاء القلب الخارجى أو الداخلى، والتهاب المفاصل، والالتهاب السحائى، والتهاب البريتون (الغشاء المبطن للبطن)، والتهاب الأذن المتوسطة، وتليف الرئة وغير ذلك من الأمراض الخطيرة التى إن لم تذهب بحياة المريض فإنها تجعله عاجزا طيلة حياته.

الأنواع الحديثة من الالتهاب الرئوى:

يجدر بنا فى هذا المقام أن نذكر بعض الأنواع الحديثة من الالتهاب الرئوى التى قد يصاب بها بعض الناس فى هذه الأيام والتى لا تمت بصلة إلى ما وصفناه من أعراض وخط سير الالتهاب الرئوى الحاد المسبب عن المكورات الرئوية.

فقد يحدث أن يصاب الشخص بحمى مصحوبة بسعال وبعض الآلام الجسمية والمفصلية ولكنها لا تكون بالصورة الشديدة التى سبق وصفها، كما أنها تختلف عن الالتهاب الرئوى الحاد فى طريقة علاجها.

وقد اتجه الرأى إلى اعتبار أن سبب هذا النوع من الالتهاب الرئوى يرجع إلى الإصابة بنوع من الفيروسات؛ ولذلك فقد سمى الالتهاب الرئوى الناشىء عن الفيروس ((بالالتهاب الرئوى اللانموذجى)) باعتبار أن الالتهاب الرئوى الحاد هو الصورة النموذجية.

ويطيب لنا أن ننبه القراء إلى نوع من الالتهاب الرئوى الفيروسى ينتقل إلى الإنسان عن طريق طيور الزينة والببغاء، ويؤدى إلى التهاب رئوى حاد فى الإنسان قد تشابه أعراضه أعراض حمى التيفود مشابهة كبرى. وأشد هذه الأنواع ما ينقله الببغاء، ولذلك فقد سمى هذا المرض ((بداء الببغاء)) أو ((حمى الببغاء)). ولا يقتصر نقل المرض إلى الإنسان على الببغاء وطيور الزينة فحسب بل قد يقوم بذلك الحمام وبعض أنواع الدواجن. وينتقل المرض إلى رئة الإنسان عن طريق لعاب هذه الطيور، وأيضا عن طريق فضلاتها التى إذا جفت وتناثرت مع الأتربة نقلت الداء إلى المتعرضين لها عن طريق الاستنشاق.

العلاج :

يجب عزل المريض فى غرفة خاصة به، وأن ينام على وسادات عالية أو نصف جالس فى فراشه. وفى الشتاء يجب تدفئة غرفة المريض مع تهويتها تهوية كافية.

أما العلاج النوعى فينحصر فى مركبات السلفا والبنسلين والاستربتوميسين. وفى حالات الالتهاب الرئوى اللانموذجى يفيد استعمال الكلوروميستين أو التراميسين.

ويجب فى بادئ الأمر تهدئة السعال والألم بإعطاء مركبات الكودايين وعمل الحمامات والعجائن الدافئة (كالأنتيفلوجستين مثلا)، وتعطى المركبات التى تنفث البلغم فى نهاية المرض، وأفضلها مزيج النشادر والبوليجالا، كما تجب العناية بنظافة الفم والأسنان.

وإذا اشتد ضيق التنفس يلجأ الطبيب إلى الاستعانة بالتنفس الصناعى وذلك باستنشاق غاز الأوكسيجين بواسطة قسطرة خاصة أو قناع أو خيمة يتخللها غاز الأوكسيجين باستمرار وبلا انقطاع بمعدل سبعة لترات فى الدقيقة الواحدة.

أما الغذاء فيجب أن يكون سائلا سهل الهضم. ولا يسمح للمريض بالعودة لنشاطه العادى إلا بالتدريج وفى شىء كثير من الأناة.

الفصل الثانى

أمراض الأنف والأذن والحلق

١ - الزكام

الزكام هو التهاب الغشاء المخاطى المبطن للأنف، ويتسبب من العدوى بفيروس خاص، وأهم العوامل التى تساعد على الإصابة بالزكام:

١ - تغير الطقس وعدم استقراره، والتعرض لتيارات الهواء الباردة بعد التواجد فى جو دافئ.

٢ - ضعف مقاومة الجسم نتيجة لإصابته بالأمراض أو نتيجة للإجهاد الجسمانى والعصبى.

٣ - وجود حالة مرضية بالأنف أو خلف الأنف تساعد على الإصابة المتكررة بالزكام.

٤ - حساسية الغشاء المخاطى الأنفى وهذا ما يسمى بالاستهداف.

٥ - أن يكون الميكروب نشطا أى قادرا على إحداث العدوى.

وتكثر الإصابة بالزكام عادة فى أكتوبر ونوفمبر، وأوائل يناير، ومارس وأبريل.

وتحدث العدوى بالزكام عن طريق الرذاذ المتطاير من أنف المريض وفمه عند العطس أو السعال أو الضحك.

الأعراض:

يشعر المريض بقشعريرة بسيطة يصحبها إحساس بالبرودة ثم يعطس عدة مرات. ويحس المريض فى بداية الزكام بجفاف فى الأنف والحلق ثم بعد مرور أربع وعشرين ساعة تظهر الأعراض المعروفة من رشح والتهاب الحلق وسعال مصحوب بإفراز مخاطى أو صديدى فى الأنف والحلق مع ارتفاع بسيط فى درجة الحرارة، وتستمر هذه الحالة يومين أو ثلاثة ثم تبدأ فى الزوال ويشفى المريض عندئذ إذا لم تحدث مضاعفات.

المضاعفات:

١ - التهاب الجيوب الأنفية.
٢ - التهاب الأذن المتوسطة، ويكثر حدوثه فى الأطفال الصغار عادة.
٣ - التهاب الزوائد خلف الأنف (وهذا يسمى عند البعض باللحمية).
٤ - التهاب الحلق واللوزتين.
٥ - التهاب الحنجرة وهذا كثير الحدوث فى الأطفال وهو شديد الخطورة لما يحدثه من اختناق قد يقضى على الطفل.
٦ - التهاب القصبة الهوائية والشعيبات والالتهاب الرئوى.

العلاج:

ينصح المريض بالراحة التامة إن أمكن، مع الإقلال من الأكل وتعاطى السوائل الدافئة. أما العلاج الموضعى فيتلخص فى استعمال نقط

الأرجيرول أفيدرين أو ما شابهها. ويستفيد المريض كثيرا من استعمال الأسبيرين والنوفالجين والفيتامينات وخاصة فيتامين (ج) الذى يعطى حقنا فى الوريد أو يستعمل عن طريق الفم.

الوقاية:

نظرا لعدم وجود علاج نوعى يقضى على مرض الزكام فإن من الأفضل أن يحاول الإنسان الوقاية منه باتباع الإرشادات الآتية:

١ - الابتعاد عن الاختلاط بمرضى الزكام.

٢ - تجنب التعرض للتيارات الباردة.

٣ - المحافظة على الصحة البدنية عموما.

٤ - استعمال فاكسين ضد الأنفلونزا والنزلات البردية فى شهر سبتمبر من كل سنة، ويتكون الفاكسين من ثلاث أو أربع حقن يأخذ المريض منها حقنة تحت الجلد كل أسبوع، ثم يعقب ذلك حقنة واحدة كل شهر من أشهر الشتاء. وهذا اللقاح، وإن كان نجاحه محدودا، إلا أنه يعطى شيئا من المناعة المؤقتة ضد الزكام والأنفلونزا.

٢ - التهاب الجيوب الأنفية

الجيوب الأنفية هى تجاويف فى عظام الوجه وقاع الجمجمة ملأى بالهواء وتتصل بالتجويف الأنفى مباشرة بواسطة فتحات صغيرة.

وقد تلتهب هذه الجيوب نتيجة لإصابتها بالميكروبات التى من أهمها المكور السبحى والعنقودى والرئوى وميكروب الأنفلونزا وغيرها. وتصل العدوى للجيوب الأنفية عن طريق فتحاتها، ولذلك فإن التهاب الجيوب

الأنفية يعقب عادة التهاب الأنف والرشح الذى يصحب الزكام والأنفلونزا والحصبة.

الأعراض:

لالتهاب الجيوب الأنفية أعراض كثيرة سنذكر منها ما يهم القارئ العادى. وتختلف هذه الأعراض باختلاف الجيب المصاب. ويمكن تقسيمها إلى أعراض موضعية وأعراض عامة.

الأعراض الموضعية:

١ - انسداد بإحدى فتحتى الأنف أو كلتيهما.

٢ - إفراز صديدى ممخط يظهر فى إحدى فتحتى الأنف أو خلف اللهاة. وفى الحالات الشديدة يكون هذا الإفراز صديديا ذا رائحة كريهة يلاحظها المريض نفسه والقريبون منه.

٣ - حدوث آلام بالخد أو فوق الحاجب أو بين مقلتى العينين أو خلفهما أو فى مؤخر الرأس حسب الجيب المصاب.

٤ - ضعف حاسة الشم.

٥ - ضعف حاسة السمع.

الأعراض العامة:

وهذه تصحب عادة الحالات الحادة حيث ترتفع درجة الحرارة إلى ٣٨ أو ٣٩ أو ٤٠ مئوية. أما فى الحالات المزمنة فالأعراض العامة تكون عادة بسيطة ولا تتعدى الضعف العام وعدم المقدرة على العمل والخمول والكسل.

العلاج:

يختلف العلاج من شخص إلى آخر باختلاف حالة المرض ومدته ونوعه. ويكون العلاج فى الحالات الحادة المصحوبة بألم فى الرأس مع ارتفاع فى درجة الحرارة باستعمال مركبات السلفا وحقن البنسلين والأشعة ذات الموجة القصيرة مع نقط أرجيرول أفيدرين للأنف.

وبعد مضى أسبوعين أو ثلاثة من بدء المرض، وبعد زوال الأعراض العامة يمكن اللجوء إلى عملية البزل وهى عبارة عن غسل الجيب الموجود فى الفك العلوى بمحلول الملح الفسيولوجى المعقم. وتكرر هذه العملية ثلاث مرات فى الأسبوع حتى يصير الجيب الهوائى خاليا من الإفرازات.

أما فى الحالات المزمنة أو التى لا يزول فيها الإفراز الصديدى بالعلاج السابق ذكره، فيلجأ الطبيب إلى عمل جراحة يستأصل فيها الغشاء المخاطى المبطن للجيب الهوائى المصاب.

٣ - التهاب الأذن المتوسطة الحاد

تتكون الأذن من ثلاثة أجزاء:

١ - الأذن الخارجية والقناة السمعية الخارجية.

٢ - الأذن المتوسطة، ويفصلها عن القناة السمعية الخارجية غشاء طبلة الأذن، وتتصل الأذن المتوسطة بالحلق بواسطة قناة أخرى تسمى قناة يوستاكيوس. وتحتوى الأذن المتوسطة على عظام المطرقة والسندان والركاب.

٣ - الأذن الداخلية وبها عظمة القوقعة والقنوات نصف الدائرية وتتصل بها عظام السمع الثلاث، وهذه تتصل بغشاء الطبلة من الناحية الخارجية وبالعصب السمعى.

وتنحصر خطورة التهاب الأذن المتوسطة فى قربها من الأغشية السحائية للمخ، وكذلك اتصالها بالجيوب الهوائية فى عظمة مؤخرة الأذن. وقد ينتج عن امتداد الالتهاب من الأذن المتوسطة إلى أحد هذه الأجزاء مضاعفات شديدة الخطورة.

وينتشر التهاب الأذن المتوسطة كثيرا بين الأطفال وخاصة فى الشتاء لأن تعرض الطفل للأمراض التى تصيب الجهاز التنفسى فى فصل الشتاء كالزكام والحصبة والسعال الديكى والالتهابات الرئوية وغيرها يعرضه بالتالى إلى امتداد الالتهاب من الأنف والحلق إلى الأذن المتوسطة عن طريق قناة يوستاكيوس.

الأعراض:

يحس المريض بألم شديد فى الأذن مع ارتفاع فى درجة الحرارة، وبعد يومين أو ثلاثة ينفجر غشاء طبلة الأذن ويسيل الصديد من الأذن. وقد تزمن الحالة فيستمر خروج الصديد من الأذن مددا طويلة بالرغم من العلاج.

وتشخيص هذا المرض سهل فى الكبار ولكنه ليس كذلك فى الأطفال الصغار حيث لا يقدر الطفل على الإشارة إلى موضع الداء، وهذا

بالإضافة إلى حدوث أعراض أخرى كالقيء والإسهال والنوبات العصبية والتشنجات التى تتفق تمام الاتفاق مع أعراض النزلات المعوية الحادة؛ ولذلك يجب عرض الطفل على الطبيب الأخصائى بمجرد الاشتباه. وقد يحدث أحيانا أن تستيقظ الأم من نومها لتجد وسادة طفلها ملوثة بمادة صديدية، وتجد طفلها غارقا فى سبات عميق بعد أن قضى يومين أو ثلاثة فى حالة تهيج شديد وأرق متواصل. ولا يفوتنا فى هذا المقام أن نشير بوجوب علاج هذه الحالات فورا حتى يكون العلاج مثمرا وحتى يمكننا تفادى المضاعفات الخطيرة التى قد تنجم عن الإهمال.

العلاج:

يجب أن يقوم بالعلاج طبيب أخصائى. ويتكون العلاج عادة من مركبات السلفا والبنسلين والمبيدات الحيوية الأخرى.

أما موضعيا فيمكن استعمال قطرات للأذن من مركبات المبيدات الحيوية. وقد استعمل بعض الأطباء البنسلين مذابا فى كحول وجلسرين فأتى بنتائج حسنة للغاية. ويركب هذا المستحضر بإذابة البنسلين بنسبة ألف وحدة فى السنتيمتر المكعب الواحد فى محلول مركب من جزأين متساويين من الجليسرين والكحول ٧٠٪ أما طريقة الاستعمال التى يوصون بها فتتلخص فى الآتى:

١ - ينظف المريض أذنه المريضة جيدا من الخارج بواسطة قطنة أو

شاشة مبللة بالكحول بنسبة ٧٠٪.

٢ - ينام المريض واضعا أذنه السليمة على الوسادة.

٣ - تملأ قناة الأذن المريضة بالمركب السابق ذكره وتترك هكذا لمدة ٢٠ دقيقة ثم توضع قطنة نظيفة فى الأذن.

٤ - يعاد تنظيف الأذن من الخارج بالكحول ٧٠٪. وعلى المريض أن ينام على الجنب السليم وفى الصباح تعاد نفس العملية، ويستمر هذا العلاج لمدة أسبوعين تعقبهم راحة لمدة أسبوع ثم يكرر نفس العلاج لمدة أسبوعين آخرين.

الوقاية:

طرق الوقاية من هذا المرض هى نفس طرق الوقاية من أمراض الشتاء عامة كالزكام والأنفلونزا.

٤ - التهاب اللوزتين الحاد

يتسبب الالتهاب الحاد باللوزتين من عدة أنواع من الميكروبات أهمها المكورات السبحية وميكروبات الأنفلونزا والدفتيريا واللولبيات.

وهذا المرض يصيب الأطفال والبالغين، ولكن يكثر انتشاره فى الأطفال نظرا لأن اللوزتين تصابان بالالتهاب فى الكثير من أمراض الأطفال كالدفتيريا والحمى القرمزية والتهابات الحلق والأنفلونزا.

طرق العدوى:

تحدث العدوى بهذا المرض عن طريق الرذاذ المتطاير من حلق المريض، ولذلك يسهل انتشاره بشكل وبائى فى المدارس والمنتديات والمجتمعات المكتظة بالناس. ويلعب اللبن دورا كبيرا فى نقل العدوى بهذا المرض.

الأعراض:

تكثر الإصابة بهذا المرض فى فصل الشتاء. وتحدث الأعراض فجأة، فترتفع درجة حرارة المريض إلى ٣٩ أو ٤٠ درجة مئوية مع صداع وألم بالظهر. ويكون اللسان متسخا ورائحة الفم كريهة والوجه شاحبا بعض الشيء، ويحس المريض بصعوبة فى البلع وألم فى الحلق. وتتضخم الغدد اللمفاوية فى الرقبة، ويقل إفراز البول الذى قد يحتوى على قليل من الزلال.

وبمعاينة اللوزتين نجدهما كبيرتين محتقنتين مكسوتين ببقع بيضاء قد تشابه فى منظرها، فى بعض الحالات غشاء الدفتيريا.

وبعد مضى ثلاثة أو أربعة أيام تنخفض درجة الحرارة ويشفى المريض عادة.

المضاعفات:

قد يحدث بعد شفاء المريض من التهاب اللوزتين الحاد أن يصاب بالتهاب الأذن المتوسطة أو التهاب الكليتين الحاد أو التهاب الغشاء الداخلى للقلب أو التهاب التامور (الغشاء الخارجى للقلب) أو الحمى

الروماتزمية. ويكثر حدوث هذه المضاعفات عادة فى الأطفال.

العلاج:

يجب على الطبيب التفرقة بين الالتهاب الحاد باللوزتين ومرض الدفتيريا. وفى حالة الاشتباه يجب إعطاء مصل الدفتيريا للمريض وأخذ عينة من اللوزتين لفحصها بالمجهر.

ويجب أن يعزل المريض ويعطى كثيرا من السوائل. أما العلاج بالعقاقير فيتلخص فى إعطاء المريض حقن البنسلين أو مركبات السلفا بطريق الفم أو أقماع البزموت عن طريق الشرج.

الفصل الثالث

أمراض الجلد فى الشتاء

يعتبر فصل الشتاء الموسم المفضل لكثير من الأمراض الجلدية وخاصة إذا ما قسا الجو وزادت البرودة. وبرد الشتاء هو العامل الأول فى إحداث بعض الأمراض الجلدية، وهناك عوامل أخرى أهمها نقص كمية الضوء وأشعة الشمس وازدحام الناس فى الشتاء وتقاربهم من بعضهم البعض واشتراكهم فى فراش واحد طلبا للدفء وعدم الإكثار من النظافة والاستحمام فى الشتاء.

وسنسرد فيما يلى أهم الأمراض التى تصيب الجلد فى فصل الشتاء.

١ - تورم الأصابع وحكتها من البرد

يحدث لكثير من الناس أن تصاب الأجزاء المتطرفة من أجسامهم مثل اليدين والقدمين والأنف والأذنين بحالة التهاب جلدى حاد يتميز بازرقاق الجلد وتورم الأصابع وبرودتها طول النهار، مع حدوث حرقان وحكة بها

وخاصة أثناء الليل عندما يأوى المريض إلى فراشه وتدفأ هذه الأجزاء. وفى الحالات الشديدة قد يؤدى التهاب الجلد إلى حدوث تقرحات بالجلد كثيرا ما تتقيح، وهذه التقرحات والتقيحات تزيد من شدة الإصابة.

وهذه الحالة قد تعاود المريض سنويا فى الجو البارد من السنة. وأكثر الناس تعرضا للإصابة بها الأطفال وضعاف الصحة ومن تكون الدورة الدموية عندهم ضعيفة، والمصابون بالأنيميا. والإناث أكثر استعدادًا للإصابة بها من الذكور.

وسبب هذا المرض غير معروف بالضبط. والشىء الثابت الأكيد هو أن الأوردة الدموية الدقيقة فى جلد المصابين بهذا المرض تكون غير قادرة على مجاراة البرودة الشديدة فى فصل الشتاء. وقد يرجع ذلك إلى الاضطرابات فى إفرازات الغدد الصماء أو إلى الضعف العام عند المريض، أو وجود بؤر عفنة بالجسم تفرز سموما تؤثر على الدورة الدموية فى الأطراف.

وينحصر العلاج فى ناحيتين: الناحية الأولى هى الوقاية من المرض عند المعرضين للإصابة به، والثانية هى العلاج الحقيقى عند ظهور المرض.

الوقاية:

يجب على المعرضين للإصابة بهذه الحالة أن يدفئوا أطرافهم بالملابس الصوفية وخاصة الجوارب والقفازات، كما يجب عليهم الاغتسال بالماء الساخن، وتعاطى المقويات العامة والفيتامينات، والإكثار من تناول المواد الزلالية وخاصة اللحوم، وممارسة الرياضة ومراعاة القواعد الصحية فى التغذية والتعرض للشمس المشرقة والهواء النقى وعلاج البؤر العفنة بالجسم (كالجيوب الأنفية أو الأسنان).

العـلاج:

يفيد فى علاج هذه الحالة تعاطى الكالسيوم مع فيتامين د، مع خلاصات الغدد الصماء، ومهدئات الأعصاب، والفيتامينات وخاصة فيتامين ج وكذلك حمض النيكوتينيك وفيتامين ك. وتستفيد بعض الحالات من الأشعة فوق البنفسجية.
فوق البنفسجية.

ويتكون العلاج الخارجى من محلول الأكتيول فى الماء أو الكالامينا بنسبة ٥٠٪. وبعد تجفيف الجلد بهذا المحلول ترش عليه بودرة عادية ثم يلف الجزء المصاب بعد ذلك بالقطن ويلبس قفاز أو جورب من الصوف.

وعند حدوث التقيحات أو التقرحات يجب علاجها بالحمامات الفاترة المطهرة مثل حمامات برمنجنات البوتاسيوم ومرهم البنسلين أو التيراميسين.

٢ - جفاف البشرة والجلد

يظهر جفاف البشرة والجلد عادة فى فصل الشتاء بسبب البرودة. والوجه واليدان أكثر مناطق الجسم عرضة للجفاف، وفى هذه الحالة تجف البشرة لدرجة التقشر والتشقق وهو ما يسميه البعض ((بالقشف)). ومن العوامل التى تزيد من حدة الجفاف نقص فيتامين أ، وكثرة الغسيل بالماء والصابون، وعدم تجفيف الجلد جيدا بعد الغسيل واستعمال الأنواع الرديئة من الصابون، وكثرة التعرض لتيارات الهواء وأشعة الشمس وسوء التغذية، واتباع نظام خاص فى الأكل بقصد انقاص الوزن.

العلاج:

لعلاج جفاف البشرة يجب الإقلال من استعمال الماء والصابون، وعدم التعرض للبرد وتيارات الهواء الشديدة، وكذلك تنظيم الغذاء، واستعمال الأنواع الجيدة من الصابون وخاصة تلك التى تحتوى على نسبة عالية من الدهون.

ويفيد فى علاج هذه الحالات استعمال فيتامين أ بكميات كبيرة وكذلك حمض النيكوتينيك.

وموضعيا يمكن استعمال الدهان التالى مرة كل ليلة وهو مركب من:

حمض الساليسيليك	جرام واحد
جليسرين النشاء	٥٠ جراما
فازلين	٥٠ جراما

٣ - جلد التمساح

جلد التمساح أو جلد السمكة هو أحد الأمراض الجلدية الوراثية المزمنة غير المعدية. وهو يختار عائلة دون أخرى. ويظهر المرض بعد الولادة أو قد يتأخر ظهوره عدة أسابيع أو شهور أو سنين بعد الولادة. وقد يختار هذا المرض الإناث فقط أو الذكور فقط فى العائلة الواحدة، ولكنه قد ينتقى الذكور والإناث معا. والمعروف عنه أنه أكثر مرض جلدى يورث وقد أمكن تتبعه إلى ستة أجيال فى إحدى العائلات.

وينشأ هذا المرض من عدم وجود الغدد الدهنية بالجسم فتجف البشرة وتتقشر وخاصة فى فصل الشتاء. أما الغدد العرقية فقد تكون موجودة أو

قليلة، وفى حالة قلة الغدد العرقية قد يستمر المرض صيفا وشتاء طول الحياة.

ويبدو الجلد جافا خشنا متقشرا وتختلف القشور اختلافا كبيرا فيكون فيها الصغير والكبير، ويكون فيها الأبيض والغامق اللون. ويكثر المرض على الأطراف وخاصة الأجزاء الخارجية منها، ولا يصيب الثنيات المقابلة للمفاصل الكبيرة وهذه إحدى علامات المرض الخاصة به. وقد يصاب الوجه ويبدو محمرا أو متقشرا كبقية الجسم. وقد تصاب اليدان والقدمان فتتضخم البشرة بهما وتبدو خطوط الجلد أكثر وضوحا من المعتاد. وفى أحوال كثيرة يتساقط الشعر، وتكون الأظافر هشّة سهلة القصف أو كثيرة التعاريج، وقد لا تنمو إطلاقا فى بعض الأحوال.

وإذا لم يشف هذا المرض عند سن البلوغ فالغالب أنه يستمر مدى الحياة. ومن المعروف عنه أن حدّته تزداد فى الشتاء.

العلاج:

يفيد فى هذا المرض تعاطى فيتامين أ، وحمض النيكوتينيك، والبيلوكاربين، وخلاصة الغدة الدرقية ومركبات الزرنيخ بالكميات العلاجية التى لا تضر الجسم.

وكعلاج موضعى تستعمل الحمامات القلوية، ودهان اللانولين، أو دهان حمض الساليسيليك واحد فى المائة.

٤ - الصدفية

الصدفية أحد الأمراض الجلدية المزمنة. وهو يسبب التهابا فى الجلد فى أماكن خاصة من الجسم، تنتج عنه إصابات حمراء مستديرة أو ذات

أشكال مختلفة تكون مرتفعة قليلا عن سطح الجلد ولكن حافتها تكون دائما محددة واضحة تكسوها قشور فضية. وإذا ما أزيلت هذه القشور طبقة بعد أخرى نصل إلى غشاء رقيق إذا ما أزيل أيضا نجد نزفًا دمويا من نقط منفصلة.

أماكن ظهور المرض:

ولو أن الصدفية تصيب أى جزء من جلد الإنسان إلا أنها تفضل الأجزاء الآتية: أمام الركبة، وخلف الكوع، والرأس، والمنطقة التى فوق عظم العجز أى أسفل الظهر، والأظافر وخاصة إذا ما أصيبت اليدان والقدمان.

أسباب المرض:

لا نعدو الحقيقة إذا قلنا إن سبب المرض غير معروف تماما، ولكن هناك نظريات وآراء كثيرة نلخص أهمها فيما يلى:

١ - **الوراثة**: قد تحدث الصدفية فى أكثر من فرد من أفراد الأسرة الواحدة إذا ما أصيب بها أحد الوالدين. وقد نراها فى الآباء والأجداد، وقد ينجو أولاد الشخص المصاب بينما تصاب ذريتهم. ولكن ليس هناك دليل قاطع على أن الصدفية من الأمراض الوراثية.

٢ - **نظرية نقص الضوء**: تنسب هذه النظرية حدوث الصدفية إلى نقص الضوء وخاصة الأشعة البنفسجية. ويستدل على ذلك بكثرة حدوثها فى الزنوج، وسرعة تحسنها بالعلاج بالأشعة فوق البنفسجية، وظهورها على أماكن الجسم التى تغطى دائما بالملابس والتى لا تنال قسطا وافرا من الضوء. وقد لوحظ شفاء الصدفية عندما يذهب المرضى للمصيف حيث

يتمتعون بقسط وافر من أشعة الشمس.

٣ - هناك نظريات أخرى تقول بأن الزهرى أو السكر من أسباب الإصابة بالصدفية، والواقع أن إيجابية الدم للزهرى أو وجود السكر فى البول لدى بعض المصابين بالصدفية هو محض مصادفة.

٤ - يرى بعض العلماء أن الروماتزم والتهاب المفاصل أو الجيوب الأنفية أو اللوزتين أو وجود خراجات بالأسنان أو اللثة وغير ذلك من البؤر العفنة، من أسباب الصدفية، ولكن هذا الرأى ليس صحيحًا أيضًا.

والخلاصة هى أن سبب المرض غير معروف حتى الآن.

هذا وكثيرًا ما تظهر الصدفية نتيجة إصابة الجلد من حادث خارجى كالخدش مثلاً ولكن ليست هذه الإصابة هى السبب، وكل ما هناك أنها عجلت بظهور الصدفية لدى شخص عنده استعداد لها.

وصف المرض:

يبدأ المرض فى أول ظهوره على هيئة حبيبات حمراء صغيرة مرتفعة قليلاً عن سطح الجلد، ومغطاة بقشور، ثم تكبر هذه الحبيبات سريعًا وتتسع، وعندئذ تظهر أكبر حجمًا، وتكون مغطاة بقشور فضية. وتتصل الإصابات المتجاورة بعضها ببعض وبذلك يصيب المرض مساحات واسعة من الجلد.

وتظهر الصدفية على أشكال مختلفة فمنها ما يكون صغير الحجم مستديرًا، ومنها ما يظهر على شكل دوائر أو أنصاف دوائر، ومنها مايصيب مساحات واسعة من الجلد ويظهر على أشكال مختلفة كثيرة الرسوم والتعاريج لدرجة تقربها من شكل خريطة الجغرافيا.

والصدفية من الأمراض المزمنة التى تلازم المريض سنوات عديدة ويصعب عليه التخلص منها، ولكنها قد تتحسن من آن لآخر، وقد تزول لتعود مرة أخرى. وقد تستمر الصدفية فى الانتشار فتصيب أماكن من الجسم لم تكن مصابة بها من قبل. وقد تقف الصدفية عند حد معين وبمكان مخصوص من الجسم مدة طويلة.

والصدفية يمكن أن تصيب أى أنسان ذكرًا أو أنثى، صحيح الجسم، أو عليله، صغيرًا أو كبيراً، ولكنها قليلة الحدوث فى سن الطفولة وغالبا ماتصيب الشبان والشابات الأغنياء منهم والفقراء.

ولا تصاحب الصدفية أعراض عامة بالجسم، ولا تسبب للمريض ألما أو حكة بالجلد. ولكن فى أحوال نادرة وخاصة فى النوع الحاد الذى يصيب مساحات واسعة من الجلد فى وقت قصير، قد يشكو المريض من حكة تزول عندما يزمن المرض.

العلاج:

هناك نوعان من الصدفية: النوع الحاد والنوع المزمن، ولكل منهما علاج خاص به ينقسم إلى نوعين خارجى وداخلى.

النوع الحاد:

يستحسن أن يلجأ المريض إلى الراحة، وأن تكون الملابس الملاصقة لجلده مصنوعة من القطن. ويتكون العلاج الداخلى من تعاطى ساليسيلات الصودا والمواد القلوية كسترات البوتاسيوم. أما العلاج الخارجى أو الموضعى فيتكون من عمل حمامات مضاف اليها سائل القطران. وبعد عمل الحمام يمكن استعمال غسول ملطف مثل غسول

الكالامينا المضاف إليه الأكتيول بنسبة واحد أو اثنين فى المائة.

النوع المزمـن:

فى هذا النوع يفيد استعمال الزرنيخ فائدة عظمى وكذلك مركبات البزموت والزئبق ويمكن استعمال أحد هذه العقاقير بعد فحص بول المريض لمعرفة خلوه من الزلال وفحص حالته الصحية لمعرفة مدى صلاحيته للعلاج. ويجب أن تقدر كمية الدواء ومدة العلاج بواسطة الطبيب المختص وتحت إشرافه.

ويمكن تعاطى خلاصة الغدة الدرقية بكميات مناسبة، وخلاصة بعض الغدد الأخرى كالخصية والغدة التيموسية.

وتفيد الفيتامينات وخاصة فيتامين د إذا أخذ بكميات كبيرة ولمدة طويلة. كما يجب علاج البؤر العفنة فى الجسم أو إزالتها، كما تعالج الأنيميا والضعف والإمساك.

والعلاج الموضعى مهم فى حالات الصدفية. وتزال القشور بواسطة الحمامات وخاصة القلوية منها مثل حمامات بيكربونات الصودا، وبعد ذلك يستعمل مرهم مكون من إحدى المواد الآتية أو بعضًا منها:

حمض الساليسيليك بنسبة ١ - ٤٪
راسب أبيض بنسبة ١ - ٢٪
سائل القطران بنسبة ١ - ٥٪
زيت الكـــاد بنسبة ١ - ٥٪
أكتيــول بنسبة ١ - ٥٪

وفى الحالات المزمنة يمكن استعمال مرهم الكريزاروبين، ونظرًا لأنه قد

يسبب التهابات جلدية أو تسمما بالجسم، فلا يجوز استعماله إلا بإرشاد الطبيب.

ومن العلاجات المفيدة الأخرى الأشعة فوق البنفسجية، وأشعة إكس لمنطقة الغدة التيموسية، ومركبات الكورتيزون تحت الإشراف الطبى.

٥ - قشر الرأس

كثيرًا مايظهر قشر الرأس فى الشتاء وقد يختفى هذا القشر صيفًا ليعود إلى الظهور شتاء. وقد يتساقط القشر من الرأس بكثرة على الكتفين والملابس عند التسريح والتمشيط. وقد يختفى عند الغسيل ووضع المراهم والدهانات المختلفة. ولكنه سرعان ما يعود إلى الظهور عندما يقف العلاج أو تقل فرص الغسيل.

وقد لا يقف الأمر عند هذا الحد. فتظهر الحالات الالتهابية الأخرى مثل الالتهاب الجلدى الدهنى والأكزيما الدهنية.

ونتيجة لذلك يأخذ شعر الرأس فى السقوط حتى تنتهى الحالة بالصلع الذى يبدأ غالبًا فى مقدمة الرأس وقمته فى المنتصف، ويبقى الشعر على الجانبين وفى المنطقة الخلفية من الرأس.

وسبب هذا المرض غير معروف حتى الآن، فمن قائل إنه عدوى تنتج من استعمال فرش وأمشاط الغير، ومن قائل إن للإمساك والإكثار من الأغذية الدهنية دخلاً فى حدوث المرض. ويعزو بعض الأطباء هذا المرض إلى اضطراب هرمونى أو عصبى أو نقص فى الفيتامينات أو كثرة التدخين، وهناك من يقول إن المرض ناشىء من أكثر من عامل واحد.

العـلاج:

لعلاج قشر الرأس يمكن استعمال غسول دابل داندرين أو غسول مركب كالآتى:

حمض ساليسيليك	جرامان
ريزورسين	جرامان
كحول	مائة جرام

وهذا الغسول يُصبّ بين خصلات الشعر وتدعك به فروة الرأس جيدا فى جميع النواحى مدة لا تقل عن دقيقتين، وبعد ذلك يمشط الشعر ويفرش كالمعتاد. ويستعمل الغسول مرتين فى اليوم، صباحًا ومساء. وزيادة على ذلك يستعمل مرهم مكون من:

كبريت مرسب	ثلاثة جرامات
حمض ساليسيليك	جرامـان
زيت خروع	خمسة جرامات
فازلين	مائة جرام

وهذا المرهم يستعمل فى المساء مرة فى الأسبوع أو مرتين على الأكثر على شرط ألا يستعمل فى ليلتين متتاليتين. وفى الصباح يزال المرهم بصابون كبريت ١٠٪ مع الماء الفاتر.

واستعمال هذا النظام مدة شهر ونصف أو شهرين كفيل بالتخلص من قشر الرأس على أن يستمر المريض فى استعمال الغسول مدة أخرى منعًا من النكسة.

٦ - حب الشباب

يظهر حب الشباب فى أعمار مختلفة وأوقات متباينة ما بين سن الثانية عشرة والثلاثين وحب الشباب له أسباب عدة منها ماهو مباشر يدعو المرض إلى الظهور، ومنها ما هو غير مباشر يهيئ التربة لظهور حب الشباب.

الأسباب غير المباشرة لحب الشباب:

وهذه كثيرة متنوعة وأهمها البشرة الدهنية التى يظهر على سطحها حب الشباب، وأصحاب البشرة الدهنية عندهم إفراز دهنى زائد عن الطبيعى كما أن بشرتهم تكون مصفرة اللون وأكثر سمكًا من المعتاد.

ومن الأسباب غير المباشرة اضطراب الهضم والإمساك وعدم تنظيم وجبات الطعام، والإفراط فى تناول المواد الدهنية والدسمة والمواد النشوية، وكذلك عدم مزاولة الرياضة، والتواجد بكثرة داخل المنازل وعدم التعرض للشمس المشرقة والهواء الطلق، وكذلك الإهمال فى النظافة وعدم الاغتسال، ووجود بؤرعفنة فى الجسم، وحالات الأنيميا ونقص بعض الفيتامينات، واضطرابات الغدد الصماء، والاستعداد العائلى لظهور المرض، والإسراف فى وضع الكريمات والعقاقير وأدوات الزينة بدون مبرر.

الأسباب المباشرة لظهور حب الشباب:

وهذه كثيرة أهمها ما يأتى:

١ - **الهرمونات التناسلية:** يعتقد بعض الأطباء بأهمية إفرازات

الهرمونات التناسلية كسبب لظهور حب الشباب، ويرجع هذا الاعتقاد إلى الارتباط الوثيق بين نشاط الغدد التناسلية وظهور حب الشباب عند سن البلوغ، وأيضًا لظهور المرض عند التداوى بخلاصات الغدد التناسلية وهرموناتها، وكذلك لعدم ظهور حب الشباب عند الأغوات. ولكن الطريقة التى يظهر بها المرض تحت تأثير هرمونات التناسل غير معروفة بالضبط ومختلف على تفسيرها.

٢ - **ميكروب حب الشباب**: ودور هذا الميكروب ثانوى ولو أنه يوجد فى جميع الإصابات بحب الشباب.

٣ - **نقص فيتامين أ**: يعتقد البعض بأهمية نقص فيتامين أ فى إحداث حب الشباب، وذلك لتشابه الإصابات فى حالتى حب الشباب ونقص فيتامين أ، ولنجاح العلاج بهذا الفيتامين فى بعض الحالات.

وصف سير المرض:

يظهر حب الشباب فوق بشرة غالبًا ما تكون دهنية. وتتميز البشرة الدهنية بثلاث ظواهر:

(أ) تفرز البشرة مادة دهنية غزيرة.

(ب) تكون مسامها أكثر تفتحًا من مسام البشرة العادية.

(جـ) سمك الجلد أكثر من الجلد الطبيعى.

وفوق هذه البشرة الدهنية تظهر إصابات حب الشباب، وهى ذات أنواع كثيرة من أهمها:

١ - **ذوات الرءوس السوداء**: وهى حبيبات رأسها أسود ومرتفعة قليلًا عن سطح الجلد أو غائرة فيه. وعند إخراج إحداها، فإنها تبدو

كالدودة تمامًا، لها رأس أسود وجسم طرى لزج مدهن ذو لون أبيض مصفر وينتهى بذيل مدبب رفيع.

وذوات الرءوس السوداء هذه لا يتخلف عنها ندوب أو تشويهات ولكن فى بعض الأحيان تترك وراءها انخفاضًا قليلًا فى البشرة.

٢ - النوع الحبيبى: فى هذا النوع تظهر حبيبات صغيرة الحجم ومرتفعة عن سطح الجلد، وتكون البشرة فى هذه الحالة دهنية إلى درجة كبيرة، وقد يصاحب هذا النوع بعض الحكة البسيطة، ويغلب وجود الحبيبات بالجبهة.

٣ - البثور: وهذه البثور قد تكون سطحية وفى هذه الحالة لا تترك وراءها أثرًا ملحوظًا، أو قد تكون غائرة فى الجلد، وفى هذه الحالة تترك أليافًا وندوبًا.

٤ - الدرنات: وهى أورام جلدية صلبة مستديرة تحس أكثر مما ترى لأنها غائرة فى الجلد. وهذه الدرنات تستمر مدة طويلة وعند التئامها تترك ندوبا ثابتة مشوهة للمنظر.

٥ - الحويصلات: فى هذه الحالة تقفل فتحات الغدد الدهنية وينحبس إفرازها، ونتيجة لذلك تتكون الحويصلات التى هى عبارة عن أكياس دهنية غائرة عن سطح الجلد. وهذا النوع لا يكون مصحوبًا بالتهاب ويبقى مددا طويلة حتى تسنح الفرصة لعلاجه.

٦ - الدمامل والخراريج: وهذه توجد فى الحالات الشديدة والمزمنة حيث تظهر تجمعات صديدية وخراريج ودمامل بالإضافة إلى أنواع إصابات حب الشباب السابق وصفها. وهذا النوع يشوّه المنظر إلى أبعد

حد ويترك وراءه ندوبا وأليافا يتخلف عنها حفر وثقوب بالجلد أو تضخم وارتفاع فيه.

٧ - الندوب: تنتج الندوب والألياف فى الحالات الشديدة من حب الشباب. وهذه قد تكون غائرة فى الجلد مثل ندوب وألياف مرض الجدرى، أو مرتفعة إلى حد كبير عن سطح الجلد.

العـلاج:

علاج حب الشباب شاق وطويل ويستلزم فحص المريض فحصًا شاملًا لمعرفة حالة مرضه وعلاقتها بالحالة الجسمانية.

وننصح المريض بالرياضة والالتجاء إلى الأماكن المفتوحة حيث الشمس المشرقة والهواء الطلق، وتنظيم وجبات طعامه، وغسل وجهه بالماء الفاتر والصابون عدة مرات فى اليوم حتى يمكن إزالة المواد الدهنية الموجودة على سطحه، وكذلك عدم وضع الكريمات التى كثيرا ما تزيد من حدة المرض.

هذا ويجب منع الإمساك والإقلال من المواد النشوية ومنع المواد الدهنية من الغذاء مثل الزبدة والقشدة واللحوم الدسمة والشكولاته والفطائر وماشابهها. ويجب علاج أى مرض آخر بالجسم كالأنيميا ونقص الفيتامينات.

ويمكن تعاطى فيتامين أ بكميات تتراوح بين مائة ومائتى ألف وحدة يوميا، وكذلك فيتامين ب المركب وخميرة البيرة، وخلاصة الغدة الدرقية أو الغدد الأخرى بالكميات المناسبة التى يراها الطبيب.

وفى كثير من الحالات يفيد استعمال الفاكسين المأخوذ من نفس

الإصابات وخاصة المصحوبة بتقيحات كثيرة، وفى النوع المتقيح من حب الشباب يفيد استعمال أقراص التتراسيكلين.

ومن العلاجات الموضعية فى الحالات المعتادة مركبات الكبريت على شكل غسول مكون من ٢٪ من الكبريت فى غسول الكالامينا أو تركيبات أخرى تحتوى على الكبريت بالكميات المناسبة لكل مريض على حدة. وقد يضطر الطبيب إلى وصف حمض الساليسيليك أو الريزورسين أو الزئبق فى شكل تركيبات خاصة عند الحاجة.

واستعمال الأشعة فوق البنفسجية يفيد فى حالات كثيرة، وكذلك أشعة إكس فى الحالات المصحوبة بدرنات وحويصلات وألياف. ولكن هذه الأنواع من العلاج يجب أن تستخدم فى الحالات الخاصة بها وبحذر ودقة حتى يأتى العلاج بالثمرة المرجوة منه.

٧ - الأكـزيما

الأكزيما هى أحد الأمراض الجلدية المزمنة التى تبقى مددا طويلة حتى فى حالاتها الحادة. ومن علاماتها المميزة الرجوع والتكرار، أى أنها تعود عدة مرات بعد أن يخيل للمريض أنه شفى منها تماما.

ويمكن للأكزيما أن تصيب كل الأشخاص من ذكور وإناث، وصغار وكبار، ولو أنها كثيرا ما تختار المسنين أو الأطفال الرضع.

وأى جزء من جلد الشخص معرض للإصابة بالأكزيما ولذلك فهى تصيب مناطق مختلفة وأجزاء متباينة ما بين شخص وآخر.

وللأكزيما مواسم وفصول من السنة تكثر فيها، وكل شخص مصاب بها

له حكمه الخاص به، فبعض الحالات تظهر صيفا أو فى الربيع أو الخريف، ولكن كثيرا منها يظهر فى فصل الشتاء وخاصة عند الذين يشكون من جفاف الجلد فى الجو البارد. وهذه الحالات الأخيرة تشفى من تلقاء نفسها فى فصل الصيف.

ونظرا لأن الأكزيما من الأمراض الهامة لكثرة حدوثها وشدة قابليتها للإزمان، فسنتحدث عنها بشىء من التفصيل.

وصف المرض:

يتكون طفح الأكزيما من إصابات صغيرة جدا فى حجم رأس الدبوس الصغير تتقارب من بعضها البعض فى أكوام متشابهة فى الشكل. وتبدأ الأكزيما بتمدد فى الشعيرات الدموية الموجودة فى الحلمات الجلدية التى يفرز منها سائل يكون الحويصلة، ثم ينكسب هذا السائل بعد ذلك على سطح الجلد نتيجة للهرش الذى يصاحب هذا المرض.

وإذا كانت حالة الأكزيما خفيفة الوطأة، فكل ما يحدث هو أوزيما (أى ورم) فى بشرة الجلد يجعلها تبدو أكثر سمكا من البشرة الطبيعية. وينتج عن ذلك احمرار الجلد ثم تقشره. وعند إزمان الأكزيما أو عند تعرضها للهرش المستمر، يزداد سمك الجلد نتيجة لازدياد الأوزيما وتضخم البشرة، كما تبدو خطوط الجلد أكثر وضوحا.

أسباب الأكزيما:

تستعمل كلمة الأكزيما لوصف الالتهاب الجلدى الناشئ من مؤثرات مختلفة خارجية أو داخلية بشرط وجود عنصر الحساسية لهذه المؤثرات التى سنذكر أهمها فيما يلى:

(أ) المؤثرات الداخلية:

الوراثة: وعامل الوراثة من العوامل المهمة فى حدوث الأكزيما، فكثيرا ما نشاهد حدوثها فى أفراد الأسرة الواحدة، أو فى بعض الأسر التى يشكو أفرادها من إصابتهم ببعض أمراض الحساسية الأخرى كالرمد الربيعى والأرتيكاريا.

الاضطرابات العصبية والنفسية: اضطراب الأعصاب والقلق والتعب والإجهاد الذهنى والإفراط فى السهر والاضطرابات النفسية، كل هذه العوامل تزيد من فرص الإصابة بالأكزيما أو الاستعداد لها.

الضعف الجسمى: هناك أمراض خاصة تساعد على حدوث الأكزيما وأهمها فقر الدم وسوء التغذية ونقص الفيتامينات، والأمراض المزمنة التى تنهك الجسم مثل البؤر العفنة بالجهاز الهضمى وأمراض الكبد والكلى والسكر، وكذلك التعب والإجهاد الجسمانى.

الغذاء: من المعروف أن الإسراف فى تناول بعض أنواع الطعام مثل البيض والسمك والشكولاتة والفراولة والموز والمانجو والجبن والمواد الحريفة والتوابل يتسبب فى ظهور بعض حالات الأكزيما. وعلى النقيض من ذلك قد تحدث الأكزيما من ضآلة كمية الطعام وسوء التغذية، وتعاطى الطعام فى أوقات غير منتظمة.

اضطرابات الغدد الصماء: قد يكون الشخص أكثر عرضة للإصابة بالأكزيما عندما تنشط غدده الصماء، فى فترة البلوغ، وكذلك عندما تضعف هذه الغدد عند بلوغ سن اليأس.

(ب) المؤثرات الخارجية:

جفاف الجلد: الجلد الجاف يعرض صاحبه للإصابة بالالتهابات الجلدية والأكزيما وخاصة فى فصل الشتاء. وعند انتهاء فصل البرد تتحسن حالة الأكزيما لتعاود المريض فى الشتاء التالى وهكذا.

كثرة إفراز العرق: غزارة إفراز العرق وبلل الجلد تساعد على ظهور بعض أنواع الأكزيما وخاصة فى فصل الصيف.

زيادة إفراز المواد الدهنية: وهذا من خصائص البشرة الدهنية التى تتعرض نتيجة لذلك للالتهابات الجلدية الدهنية التى قد تتطور إلى نوع من الأكزيما الدهنية.

بعض الصناعات التى يتعرض فيها العمال لاحتكاك جلدهم بالأصباغ والكيماويات تتسبب فى حدوث الأكزيما نظرا لتهيج الجلد واحتقانه المستمر.

كثرة الاحتكاك وضعف الدورة الدموية: قد يتسبب فى حدوث بعض أنواع الأكزيما الدموية فى الساقين واليدين. ويشاهد هذا النوع كثيرا فى حالات دوالى الساقين، ذلك المرض الذى يؤدى إلى حدوث التهابات جلدية من ضمنها الأكزيما.

أنواع الأكزيما:

للأكزيما صور وأنواع كثيرة سنذكر أهمها فيما يلى:

١ - **الأكزيما المحمرة:** هذا النوع من الأنواع الحادة، وغالبا ما يشفى فى وقت قصير، ولو أنه كثيرا ما يعود. وأهم الأماكن التى

يصيبها الوجه والرقبة واليدين والقدمين وأعضاء التناسل الخارجية. ويتميز ببقع حمراء غير محددة الأطراف كثيرا ما تتحد لتكون مساحات كبيرة. ولا تكون مصحوبة بارتفاع فى درجة الحرارة، وهذا ما يميزها عن مرض الحمرة. وهذا النوع من الأكزيما قد يتقشر بعده الجلد ثم يشفى بعد ذلك ليعود مرة أخرى وهكذا.

٢ - **الأكزيما الحبيبية:** هذا النوع من الأكزيما يسبب للمريض حكة شديدة، وكثيرا ما نرى علامات الهرش بالأظافر بشكل يحجب علامات الأكزيما. وهذا النوع قد يكون مزمنا وصعب العلاج، وهو يظهر فى هيئة حبيبات صغيرة فى حجم رأس الدبوس متجمعة فى شكل كومات صغيرة، وقد تلتصق الكومات المتجاورة لتكون مساحات أوسع وهكذا. وعند إزمان هذا النوع يزداد سمك الجلد وتكون خطوطه أكثر وضوحا.

٣ - **الأكزيما الحويصلية:** يتميز هذا النوع بكثرة رشحه وإفرازه لسائل رائق كثيرا ما يبلل الملابس والأغطية، ويظهر على شكل بقع حمراء سرعان ما تشاهد فيها حويصلات صغيرة جدا فى حجم سن الدبوس أو رأسه. وتلتصق هذه الحويصلات بعضها بالبعض، وبالتحامها تتكون حويصلات أكبر، وعندئذ تنفجر الحويصلات ويرشح منها سائل لزج سرعان ما يتجمد فى شكل قشور لزجة مائلة إلى الصفرة. ويستمر الإفراز بالرغم من تكون هذه القشور.

٤ - **الأكزيما المتقيحة:** وفى هذه الحالة تتكون قشور لزجة بنية اللون ضاربة إلى الصفرة أو الخضرة. ويحدث التقيح غالبا فى الأماكن التى يكثر فيها الشعر.

٥ - **الأكزيما القشرية:** هناك نوع من الأكزيما المزمنة يتميز بالاحمرار

والقشور، وقد تنتج القشور أيضا فى حالات الأكزيما المحمرة أو الحويصلية بعد انتهاء أطوارها الأولى.

العلاج:

الحالة العامة للمريض بالأكزيما لها أهمية كبرى فى علاجه؛ ولذلك يجب إجراء فحص عام لكل جسمه والمبادرة بعلاج أى مرض آخر يظهره الفحص وخاصة مرض السكر والروماتزم والأنيميا وأمراض الجهازين البولى والهضمى.

وعلاج حالات الأكزيما يتكون من شقين: العلاج العام، والعلاج الموضعى.

العلاج العام:

وهذا يشمل الغذاء والاستحمام والغسيل والعلاج الداخلى.

أما الغذاء فيجب أن يكون بسيطا محدودا فى الحالات الحادة، على أنه لا مانع من التوسع فى الطعام فى الحالات المزمنة. وهناك أغذية معينة يجب على المريض الامتناع عنها مثل الموالح والكحول والقهوة والشاى والكاكاو والشكولاتة والبيض والسمك. وعلى المريض أن يكون دقيق الملاحظة فيمتنع عن أى نوع من المأكولات تظهر الأكزيما عقب تعاطيه.

ويجب على المريض أن يخلد إلى الراحة التامة المطلقة فى الحالات الحادة أو الحالات التى يصيب فيها المرض مساحات واسعة. وعليه أن يمتنع بتاتا عن استعمال الماء والصابون لغسل الأجزاء المصابة. وهذا لا يمنع الطبيب فى بعض الحالات من وصف غسيل لمواضع المرض بالماء الدافئ المضاف إليه بيكربونات الصودا أو النشاء. ومن الأمور الهامة التى

يجب على المريض ملاحظتها استعمال منشفة لينة على أن ينشف الجلد بالهوادة.

وأما من ناحية العقاقير فلا يوجد للأسف حتى الآن دواء أو علاج خاص شاف من الأكزيما. ولكن هناك بعض العقاقير التى يمكن للمريض أن يتعاطاها بقصد تخفيف آلامه مثل الأسبرين والكينين والفيناستين أو البرومور أو اللومينال. ومن الأدوية المفيدة التى تساعد على تهدئة الحكة المركبات المضادة للهستامين كالبنادريل والأفيل والأنتستين وغيرها، كما أن استعمال حقن الكالسيوم وفيتامين ج يفيد فى كثير من الأحيان، وكذلك استخدام مركبات الكورتيزون يكون مفيدا فى أغلب الحالات.

العلاج الموضعى:

هناك شرطان أساسيان للعلاج الموضعى: أما الشرط الأول فهو إزالة القشور من سطح الجلد قبل وضع المراهم أو الدهانات، والشرط الثانى هو عدم حك الموضع المصاب. وتزال القشور بواسطة زيت الزيتون أو غسول البوريك أو محلول الملح الطبيعى أو النشاء فى شكل لبخة.

وتختلف العقاقير التى تستعمل فى العلاج الموضعى بحسب نوع الأكزيما.

ففى حالات الأكزيما المحمرة:

يمكننا استعمال مسحوق التلك أو النشاء أو الزنك، فهذه المساحيق ملطفة ويمكن وضعها بسهولة، وهى أيضا من الطرق النظيفة فى علاج الأكزيما، ولكن لا يمكن استخدامها إلا فى حالات الأكزيما الجافة التى لا تكون مصحوبة برشح أو إفراز سائل.

وفى حالات الأكزيما المصحوبة برشح وإفراز من الجلد كالأكزيما الحويصلية:

تكون أفضل طرق العلاج هى استعمال الغسولات مثل غسول الكالامينا أو تحت خلات الرصاص أو غسول البوريك وغيرها.

وعند توقف الرشح من الجلد يمكن استعمال مروخ أو عجينة مثل مروخ الكالامينا أو عجينة الزنك، ولكن إذا كان هذا التحول من استعمال الغسول إلى غيره من العلاجات يسبب تهيجا فى الجلد فيجب إيقاف العلاج الجديد والعودة إلى استعمال الغسول. وقد يضاف إلى الغسول أو المروخ أو العجينة إحدى المواد المضادة للهستامين التى سبق ذكرها أو أحد مركبات القطران. ويستعمل هذا الأخير بنسبة ٢ إلى ٦٪.

وفى حالات الأكزيما المتقيحة:

يستعمل غسول البوريك بنسبة ٤٪، أو غسول برمنجنات البوتاسيوم بنسبة ١ : ٤٠٠٠، أو مادة البنسلين فى شكل غسول أو كريم بنسبة ٢٠٠ إلى ٢٥٠ وحدة فى الجرام. وفى حالة زوال التقيح تعالج الحالة بمثل علاج الأكزيما المصحوبة برشح.

وفى حالات الأكزيما الحبيبية:

يفيد جدا استعمال عجينة الزنك مضافًا إليها مادة قوية من المواد الملطفة للحكة أو أحد مركبات القطران. ولا تستعمل الغسولات فى علاج هذا النوع من الأكزيما إلا بقصد منع تكون الحويصلات، أو لمعالجة

التسلخات التى تحدث من آثار الهرش الشديد الذى يصاحب دائمًا هذا النوع من المرض.

وفى حالات الأكزيما المزمنة:

يمكن استعمال عجينة أو مرهم. وتفيد مركبات القطران فى هذا-النوع من الأكزيما فائدة كبيرة. ويمكن إضافة الأكتيول أو الريزورسين أو الكريزاروبين أو الراسب الأبيض للعجينة أو المرهم المستعمل حسب الحالة.

واستعمال أشعة إكس يفيد كثيرًا فى بعض حالات الأكزيما المزمنة، كما أن مركبات الكورتيزون الموضعية تعطى نتائج مفيدة فى أغلب الحالات.

طرق الوقاية:

على الأشخاص ذوى الجلد الجاف الذى يصاب بالتقشر (القشف) أن يستعملوا الجلسرين الممزوج بالماء أو الفازلين أو سائل البارافين، أو كميتين متساويتين من زيت الزيتون واللانولين لتطرية الجلد، لأنهم معرضون أكثر من غيرهم للإصابة بالأكزيما.

وعلى الأشخاص الذين سبقت لهم الإصابة بالأكزيما، أو الذين يتعرضون من جراء مهنتهم أو عملهم للمهيجات الجلدية، أن يمنحوا جلدهم عناية واهتمامًا خاصا بالنظافة. ومن النصائح الواجب ذكرها تجفيف الأيدى جيدًا بعد غسلها، والابتعاد ما أمكن عن استعمال المياه العسرة وأنواع الصابون الرديئة.

الفصل الرابع

الحساسية للبرد

تختلف حساسية الناس للبرد اختلافا شديدا، فمن الناس من لا يأبهون لبرودة الجو مهما انخفضت درجة الحرارة، ومنهم من يتميزون بحساسية شديدة للبرد، حساسية جلدية وعامة فى نفس الوقت. والبرد عند بعض هؤلاء يسبب احمرارا فى الجلد وتورما فى الأصابع وربما الوجه أيضا، وعند البعض الآخر يسبب نوعا من الأرتيكاريا، ومن الناس من لا يحتمل البرد الشديد فيصاب بضعف إذا تعرض للبرد، ومنهم من قد يصل به الأمر إلى حدّ الإغماء.

وإذا غمر ذو الحساسية جسمه بالماء البارد كما يحدث عند الاستحمام فى البحر مثلا (فقد يكون ماء البحر باردًا فى الصيف وخاصة عند شروق الشمس وغروبها) اصابته نفس الأعراض السالفة الذكر، وربما أصابته رجفة تجبره على الخروج من الماء. وهؤلاء الناس قد لا يكونون مرضى بالقلب أو بضعف فى الدورة الدموية أو بخلل فى مراكز الحرارة بالجسم

ولكنهم فى نظر الطب مرضى بالحساسية للبرد ولدرجات الحرارة المنخفضة سواء أكانوا فى الهواء أم فى الماء. ومن الملاحظ أن الغالبية العظمى من حالات الحساسية للبرد تكون مصحوبة بسرعة فى النبض وهبوط فى ضغط الدم قد يؤدى إلى حدوث الإغماء. وإذا أصيب هؤلاء الناس بالإغماء وهم فى الماء فإنهم يتعرضون للموت غرقا.

والناس المصابون بالحساسية للبرد لا تحدث أعراضها لديهم عند تعرضهم للهواء البارد أو عند استحمامهم بالماء البارد فقط، بل تحدث أيضا عند تناولهم السوائل المثلجة أو الجيلاتى المثلج، وبعبارة أخرى عند تعرضهم لأى عامل يساعد على انخفاض درجة حرارة أجسامهم.

وقد وصف المرحوم الدكتور محمد رضوان قناوى حالة مريض كان إذا خرج من غرفة دافئة إلى الهواء البارد شعر بضعف عام وأنه على وشك الإغماء، فإذا لم يستلق فى الحال على الأرض أغمى عليه وأصيب بغيبوبة تسبب سقوطه على الأرض، وقد أصيب هذا المريض بالإغماء أكثر من خمسين مرة عند تعرضه للهواء البارد، وكثيرا ما اضطر للرقاد على الأرض أكثر من ساعة حتى تزول هذه الأعراض ويعود إلى حالته الطبيعية. ولم يكن هذا المريض يعلم أن الأعراض التى يشكو منها ناشئة من حساسيته للبرد. وبعد مضى عامين على ظهور هذه الأعراض، لاحظ تورما فى أصابعه فى أيام الشتاء، وفى صيف ذلك العام حاول الاستحمام فى البحر، وما أن غمر نصف جسمه بالماء حتى شعر بضعف أرغمه على الخروج من الماء على الفور، وعند خروجه من الماء شاهد تورما بأصابع يديه وقدميه. وظل بعد ذلك تسع سنوات يعانى من ظهور التورم فى أصابعه ووجهه، ويشعر بضيق التنفس عند التعرض للهواء البارد،

وأخذت حساسيته للبرد تتزايد حتى اضطر أخيرا إلى ملازمة غرفته فى الأيام الباردة.

وبفحص هذا المريض وجد أنه عند وضع يده وذراعه اليسرى فى ماء بارد تبلغ درجة حرارته ١٢ مئوية يهبط ضغط الدم عنده من ١٣٠ إلى ٩٥ ملليمترا من الزئبق، ويزداد نبضه من ٧٢ إلى ٨٥ فى الدقيقة، ويظهر التورم بأصابع اليد المغمورة فى الماء البارد، وهذا على عكس ما يحدث لدى الأشخاص العاديين إذ يرتفع عندهم ضغط الدم بعد وضع الذراع فى الماء البارد. وهذه الظاهرة الأخيرة تحدث بشكل أكثر وضوحا لدى الأشخاص الذين عندهم استعداد لارتفاع ضغط الدم.

ويمكن اكتشاف وجود الحساسية للبرد بوضع مكعب صغير من الثلج على الذراع، فإذا كان الإنسان من أصحاب هذه الحساسية ظهر احمرار وتورم فى مكان قطعة الثلج كما يحدث فى الأرتيكاريا.

هذا مثل من أمثلة الحساسية للبرد، ولكن للبرد تأثيرات أخرى على الإنسان وعلى الأخص إذا كان مريضا بالقلب. فمن المعروف أن البرد وتناول السوائل المثلجة أو الاستحمام بالماء البارد أو السير فى عكس اتجاه الرياح أو التعرض لتيارات الهواء البارد وخاصة عند الخروج من مكان دافئ إلى الجو البارد، كل هذه العوامل من أسباب حدوث الذبحة الصدرية. ومن ملاحظات المريض بالذبحة أن الأزمات، وهى الآلام الصدرية الشديدة التى يحس بها فوق عظمة القص وتنتشر فى الصدر وقد تمتد إلى الذراع اليسرى والفك، هذه الأزمات يكثر حدوثها فى الشتاء وعلى الأخص فى الأيام الباردة من الشتاء، ويقل حدوثها عندما يجيء الربيع والصيف. وكثيرا ما يحدث أن يصاب المريض بالذبحة بجلطة فى

القلب عندما يستيقظ فى الصباح الباكر ويشرب جرعة من الماء المثلج.

فالشتاء إذن هو الفصل الذى تكثر فيه أمراض شرايين القلب، فأزمات الذبحة الصدرية وإصابات الجلطة القلبية يزداد حدوثها فى الشتاء. وليس معنى هذا أن هذه الأمراض لا تحدث فى الصيف، فتأثير الحرارة الشديدة والانهاك والعرق وغير ذلك لا يقل شأنا عن تأثير هواء الشتاء البارد وعواصفه وزوابعه وأمطاره ورعده وبرقه. وقد لاحظ أيضا أساتذة أمراض القلب فى الخارج زيادة نسبة حدوث هذه الأمراض فى بلادهم فى فصل الشتاء.

ويسبب برد الشتاء أيضا انقباضا فى الشرايين، وهناك أمراض كثيرة مثل أمراض الشرايين والأطراف تحدث عند التعرض للبرد أو عند هبوط درجة حرارة الجسم عموما. ويؤدى انقباض شرايين الأطراف إلى تغيرات فى هذه الشرايين تسبب زرقة الأطراف أو احمرارها وبرودتها عند التواجد فى الجو البارد.

ومن المعروف أن التعرض للبرد يسبب انقباضا فى الشرايين وارتفاعا فى ضغط الدم عند الشخص العادى، وعند ذوى الاستعداد لارتفاع ضغط الدم، وعند المصابين فعلا بضغط الدم المرتفع. ويمكن إثبات ذلك بالتجربة الآتية:

يستريح الشخص على ظهره مدة نصف ساعة أو ساعة، تؤخذ بعدها قراءات عديدة لضغط الدم من إحدى الذراعين بينما تكون اليد الأخرى مغمورة فى ماء مثلج. وبعد ذلك ترفع اليد من الماء المثلج وتؤخذ قراءات أخرى للضغط. وقد وجد أن الشخص العادى يزداد ضغط الدم عنده على أثر هذه التجربة بمقدار ١٢ ملليمترا من الزئبق فى المتوسط، وقد بلغ فى

بعض الحالات ٢٢ ملليمترا، أما الأشخاص ذوو الاستعداد لارتفاع ضغط الدم فيزداد الضغط عندهم بمقدار ٣٠ ملليمترا أو أكثر على أثر هذه التجربة، وأما المصابون بضغط الدم المرتفع فتكون نسبة ارتفاع الضغط عندهم أكثر من ذلك. وتعمل هذه التجربة عادة لاكتشاف الأشخاص ذوى الاستعداد للإصابة بضغط الدم المرتفع.

إن التعرض للبرد لا يسبب انقباض شرايين الأطراف فحسب بل يسبب أيضا انقباض شرايين القلب، وهذا يؤثر تأثيرا سيئا على المرضى بالقلب لأنهم أقل الناس تحملا لإيذاء برد الشتاء كما أنهم أكثر الناس استعدادا للإصابة بالنزلات البردية كالزكام والنزلات الشعبية والنزلات الرئوية التى لها تأثير خطير على القلب والدورة الدموية.

ومن المعلوم أن البرد ينتج عنه بطء فى الدورة الدموية فتضعف بذلك عملية تبادل الأوكسجين بين الدم وأنسجة الجسم. والإنسان الذى لا يبذل مجهودا تكون دورته الدموية أكثر عرضة للضعف من مثيلتها عند الإنسان العامل إذا ما تعرض للبرد.

ولما كان مرضى القلب أقل الناس عملا وحركة وبذلا للمجهود، لذلك كانوا أكثر الناس تعرضا لإيذاء برد الشتاء وتأثيره الضار على القلب والدورة الدموية.

ويحذر الأطباء مريض القلب من التدخين عموما وخاصة فى فصل الشتاء، وذلك لأن التدخين يسبب انقباضا فى شرايين الأطراف، فإذا أضيف إليه ما يسببه البرد ذاته من انقباض بالشرايين، كانت النتيجة وبالا على المريض.

ويستخلص مما ذكرناه أنه يجب على مريض القلب أن يكون حريصا

على قلبه فى الشتاء فلا يتعرض للبرد والزمهرير وخاصة لأنه أكثر حساسية للبرد من الشخص السليم. وليعلم المريض بالقلب أن الدفء فى الشتاء مفيد لدورته الدموية. ولا نقصد بالدفء أن ينام المريض فى فراش وثير دافئ بينما يكون هواء الغرفة باردا كما يحدث فى كثير من الأحوال، وإنما يجب أن يشمل الدفء هواء الغرفة أيضا. ولا يجوز للمريض بالقلب أن يستحم فى الصيف بالماء البارد أو ينزل إلى ماء البحر للاستحمام فإن فى ذلك خطورة على قلبه وحياته، كما لا يجوز له أن يتناول السوائل المثلجة والجيلاتى. ويجب عليه أن يكون حريصا على قلبه فى الصيف كما يحرص عليه فى الشتاء.

وعلى المريض بالقلب أن يلبس الملابس الصوفية فى الشتاء، وأن تكون الفانلات الصوفية ملاصقة للجسم إلاّ إذا كان من ذوى الحساسية للصوف ذاته فعندئذ يضع فانلة من القطن تحت الصوف. وتدفئة اليدين بالقفاز لا تقل أهمية عن تدفئة القدمين بالجوارب الصوفية. وتدفئة الرأس بالطاقية الصوف أو البيريه من ألزم اللزوم لمريض القلب فى الشتاء.

ولعل أحسن ما يمكن أن نختتم به هذا الفصل هو الإشارة إلى القول المأثور: «من يخشى البرد إذا كان القلب دافئا؟». وإذا رددنا هذه الحكمة فى هذا المقام، فإنما نرددها بمعناها الطبى السليم.

الفهرس

صفحة

صفحة

اقرأ فى هذه المجموعة

صوت أبى العلاء	د . طه حسين
أحلام شهر زاد	د . طه حسين
فى بيتى	عباس محمود العقاد
الشيخ الرئيس ابن سينا	عباس محمود العقاد
المهدى والمهدية	أحمد أمين
الصعلكة والفتوة فى الإسلام	أحمد أمين
خاتمة المطاف	على الجارم
أبو نواس	د . عبد الحليم عباس
دماء وطين	يحيى حقى
العشاق الثلاثة	د . زكى مبارك
سيكلوجية الجنس	د . يوسف مراد
النسيان	د . أحمد فؤاد الأهوانى
الحب والكراهية	د . أحمد فؤاد الأهوانى
الوجودية والإسلام	محمد لبيب البوهى
الأمن والسلام فى الإسلام	د . جمال الدين الرمادى
الغزالى	طه عبد الباقى سرور
الإمام المراغى	أنور الجندى
بنت قسطنطين	محمد سعيد العريان

طاغور	د . جميل جبر
طرائف من التاريخ	مصطفى الشهابى
شاعر الشعب	د . سامى الدهان
قصص الحب العربية	د . عبد الحميد إبراهيم
غرائب الرحلات	محمد عبد الغنى حسن
عود على بدء	إبراهيم عبد القادر المازنى
غرام الأدباء	عباس خضر
أبو زيد الهلالى	محمد فهمى عبد اللطيف
عبد الرحمن الجبرتى	خليل شيبوب
ليلى العفيفة	عادل الغضبان
نساء محاربات	صوفى عبد الله
أبو القاسم الشابى	رجاء النقاش
جابر بن حيان	محمد محمد فياض
الصديقة بنت الصديق	عباس محمود العقاد
الكعبة على مر العصور	د . على حسنى الخربوطلى
غادة رشيد	على الجارم
الأحلام والرؤى	د . عبد العزيز جادو
النوم والأرق	د . أحمد فؤاد الأهوانى
جحا فى جامبولاد	محمد فريد أبو حديد
عمر بن عبد العزيز	أحمد زكى صفوت
نديم الخلفاء	عبد الستار فراج

تيمورلنك	محمد محمد فياض
شيخ التكية	محمد عبده عزام
المدينة المسحورة	سيد قطب
نحن أولاد الغجر	أنيس منصور
هؤلاء عرفتهم	عباس خضر
الحب والكلمات	إسماعيل النقيب
رمضـانيات	مصطفى عبد الرحمن
وفى أنفسكم أفلا تبصرون	د. رشاد الطوبى
تنمية عادة القراءة عند الأطفال	يعقوب الشـارونى
أطفالنا فى عيون الشعراء	أحمد سويلم
معى (٢ جـ)	د. شوقى ضيف
توفيق الحكيم عملاق الأدب	د. محمد الدالى
حصاة فى بحر هائج	د. سيد حامد النساج
البرامج التربوية للطفل	أميمة جـادو
فمنهم من يمشى على بطنه	د. رشاد الطوبى
القصة فى الستينات	د. عبد الحميد ابراهيم
شوقى ضيف رائد الدراسات الأدبية	د. عبد العزيز الدسوقى
سيناء فى مواجهة الممارسات الإسرائيلية	قدرى يونس
قنـاة السـويس	جورج حليم

رقم الإيداع		١٦٣٩ / ١٩٩٠
الترقيم الدولى	٧-٢٨٧٣-٠٢-٩٧٧	ISBN

١ / ٨٨ / ١٨٤

طبع بمطابع دار المعارف (ج.م.ع.)

اقرأ

بهذا الفعل الجميل (اقرأ) : تدعوك دار المعارف إلى قراءة تراث هذه السلسلة العريقة .. بأقلام كبار كتابنا .. لتعيش معهم .. كما عاش الآباء والأجداد .. وتكوِّن فى مكتبتك موسوعةً متفرقة فى فروع المعرفة المختلفة .

وإيمانًا منا بأن القراءة هى أقصر الطرق إلى الوعى والثقافة .. فقد يسَّرنا لك ذلك فى إخراج جيد .. وسعر زهيد .

قرش جنيه
٣,٠٠